

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année scolaire
1895-1896

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 juillet 1896, à 9 heures du matin

PAR

LÉON BASSAGET

Né à Bellegarde (Gard), le 3 février 1869

DE L'HIDROCYSTOME

(CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES GLANDES SUDORIPARES)

Président : M. P. BERGER, professeur.

Juges : { MM. POLAILLON
LEJARS
CHASSEVANT } *agréés.*

(Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les différentes branches de l'enseignement médical)

ANGERS

LACHÈSE ET C^{ie}, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

4, Chaussée Saint-Pierre, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année scolaire
1895-1896

THÈSE

N° —

575

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 juillet 1896, à 9 heures du matin

PAR

LÉON BASSAGET

Né à Bellegarde (Gard), le 3 février 1869

DE L'HIDROCYSTOME

(CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES GLANDES SUDORIPARES)

Président : M. P. BERGER, professeur.

Juges : { MM. POLAILLON
LEJARS
CHASSEVANT } *agréés.*

(Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les différentes branches de l'enseignement médical)

ANGERS

LACHÈSE ET C^{ie}, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

4, Chaussée Saint-Pierre, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen :

M. BROUARDEL.

Professeurs :

MM.

Anatomie	FARABEUF.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Physiologie	CH. RICHET.
Chimie médicale.	A. GAUTIER.
Physique médicale	GARIEL.
Pathologie interne	DIEULAFOY.
Pathologie externe	DEBOVE.
Opérations et appareils	LANNELONGUE.
Thérapeutique et matière médicale	TERRIER.
Anatomie pathologique	LANDOUZY.
Hygiène.	CORNIL.
Pharmacologie	PROUST.
Médecine légale	G. POUCHET.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUARDEL.
Histoire naturelle médicale	BOUCHARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Clinique chirurgicale	POTAIN.
Clinique obstétricale	JACCOUD.
Clinique des maladies des voies urinaires	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DUPLAY.
Clinique ophtalmologique	LE DENTU.
Clinique des maladies mentales	TILLAUX.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique des maladies de la peau et syphilitiques	TARNIER.
	PINARD.
	GUYON.
	GRANCHER.
	PANAS.
	JOFFROY.
	RAYMOND.
	FOURNIER.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrévés en exercice :

MM. ACHARD	MM. GILLES DE LA TOU-	MM. RETTERER
ALBARRAN	RETTE	RICARD
ANDRÉ	GLEY	ROYER
BAR	HEIM	SÉBILEAU
BONNAIRE	LEJARS	THIERY
BROCA	LETULLE	THOINOT
CHANTEMESSE	MARFAN	TUFFIER
CHARRIN	MARIE	VARNIER
CHASSEVANT	MÉNÉTRIER	WALTHER
DELBET	NÉLATON	WIDAL
GAUCHER	NETTER	WURTZ
GILBERT	POIRIER, chef des tra-	
	vaux anatomiques	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES CAMARADES

A MES MAÎTRES

A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-B. DUGUET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de La Pitié
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le D^r Georges Thibierge

Médecin des Hôpitaux

CHER MAÎTRE,

Beaucoup de raisons m'obligent à vous prier de bien vouloir me faire l'honneur d'accepter plus particulièrement la dédicace de cette thèse ; elles ont trait au Maître et au Dermatologiste.

Je me rappellerai toujours avec reconnaissance, que j'ai passé auprès de vous les deux meilleures années de mon séjour dans les hôpitaux. Vos excellents conseils ne m'ont jamais fait défaut, pas plus que votre grande bienveillance.

La part prise par vous dans la divulgation, en France, de l'hydrocystome, me fait un nouveau devoir de vous consacrer cette dédicace.

Permettez-moi, cher Maître, de vous exprimer aussi, en terminant, toute ma gratitude pour l'extrême obligeance avec laquelle vous m'avez fourni les conseils les plus éclairés, et les matériaux les plus solides, pour la confection de ce travail.

LÉON BASSAGET.

7 Juillet 1896.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0054

INTRODUCTION

Le chapitre de la pathologie des glandes sudoripares est presque entièrement à faire.

Leurs *troubles fonctionnels* : hyperidrose, bromidrose, chromidrose, anidrose, sont connus sans que l'on soit toujours bien fixé sur leur pathogénie. Nous n'y insisterons pas.

Les *lésions* de ces glandes sont, au contraire, encore très mal déterminées, et soupçonnées à peine depuis quelques années.

Laissant de côté les hydradénites : la forme de Verneuil, qui est plutôt du domaine de la chirurgie, et celle décrite par Barthélemy, sous le nom d'acnitis, et rapportée par Dubreuilh à sa véritable cause anatomique, nous voyons qu'il y a là un grand chapitre de dermatologie qui reste à faire. D'une part, il est certain que dans beaucoup de dermatoses, la glande sudoripare est atteinte, d'un autre côté ses *affections propres* sont mal connues.

Sur les sudamina et la miliaire, nous ne pensons pas devoir insister. La dysidrose, bien étudiée cliniquement, est une affection cutanée caractérisée par la présence de vésicules primitivement transparentes, perlées, ressemblant à des grains de sagou cuit, renfermant un liquide clair, localisées aux

extrémités, à la face palmaire de la main, et surtout aux espaces interdigitaux et aux parties latérales des doigts. L'éruption, précédée et accompagnée de cuissons souvent très vives, dure de dix à quinze jours, puis l'épiderme s'exfolie, tombe, laissant à nu une surface lisse, unie, mais qui ne suinte pas. Bien que la dysidrose soit rapportée, avec raison, à une maladie des glandes sudoripares, on n'en connaît pas exactement la pathogénie.

L'affection que nous décrivons s'en rapproche par certains points, et a même été longtemps confondue avec elle, quoiqu'elle en soit très différente.

Elle nous a paru intéressante à étudier, comme contribution à la pathologie des glandes sudoripares, parce qu'il y a lieu d'établir une distinction entre cette dermatose et la dysidrose, d'apporter quelques éclaircissements à sa pathogénie, et de mettre en relief plusieurs points de son histoire clinique.

C'est une affection non pas précisément rare, puisqu'il nous a été permis d'en observer trois cas dans le courant d'une année, mais plutôt peu connue, quoiqu'elle forme un type très net.

Avant d'entrer dans la question, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre gratitude à ceux qui nous ont montré quelque bienveillance dans l'accomplissement de ce travail, particulièrement à M. le Dr Bécclère, qui nous a permis très obligeamment d'observer un cas dans son service. Nous venons de remplir ce devoir vis-à-vis de notre maître M. le Dr G. Thibierge.

HISTORIQUE

Bien que A.-R. Robinson, de New-York, fasse déjà mention, dans son *Manuel of Dermatology*, paru en 1884¹, de la dermatose qui fait le sujet de cette thèse, il en est surtout question, pour la première fois, dans une discussion soulevée, en 1884, à la huitième réunion annuelle de la Société américaine de Dermatologie. Dans cette séance, Robinson donna lecture d'un mémoire contenant des généralités sur la miliaire et les sudamina, avec examen histologique et présentation d'aquarelles². Dans ce travail l'auteur parla, entre autres dermatoses ayant des relations avec les affections des glandes sudoripares, d'une éruption particulière qui se produit sur le visage des femmes d'un âge moyen ou avancé, surtout chez celles dont la transpiration est abondante ou qui s'exposent, par leur profession, à la chaleur humide³.

¹ Robinson, *Manuel of Dermatology*. New-York, 1884. N'ayant pu nous procurer cet ouvrage, nous n'en parlons pas autrement.

² *Miliaria and Sudamina. American Dermatological Association, in Journal of cutaneous and venereal diseases*, décembre 1884, page 362.

³ Il est à remarquer que, dans le compte rendu publié dans le *Journal of cutaneous*, il n'est pas question de cette partie du mémoire, ni du siège des lésions. L'extrait ne renferme que des généralités sur l'histologie des sudamina.

Duhring, répondant à cette communication, déclara que les sudamina, fréquents dans les maladies fébriles, ne correspondent nullement aux lésions décrites à la face dans le mémoire de Robinson. Il s'agissait plutôt, pour lui, d'une forme particulière de dysidrose, et la dénomination de « *difficult swéting* », qu'il proposait, lui semblait préférable à celle de sudamina. La planche jointe par Robinson à son mémoire, rappelait, croyait-il, les lésions déjà décrites par Jamieson, d'Édimbourg, sous le nom de *Cutaneous cysts*. Aussi pensait-il que cette dernière maladie pouvait avoir quelque connexion avec la forme particulière de sudamina de la face dont il était question à la séance.

Dans sa réponse à Duhring, Robinson déclara que l'éruption observée par lui était causée par la rétention de la sueur dans les conduits des glandes sudoripares, conduits oblitérés par la chute de l'épithélium. C'était bien de la dysidrose. Il ne s'agissait donc pas de véritables sudamina ; toutefois il pensait que l'affection devait être rangée parmi les sudamina, car l'étiologie, sous quelques rapports, était la même que celle de cette dernière éruption.

Comme le montrent les lignes précédentes, la maladie n'était, au début, ni classée, ni définitivement dénommée. Sudamina de la face et d'une nature spéciale, pour Robinson, dysidrose à siège particulier, pour Duhring, l'affection qui nous occupe allait être considérée comme une manifestation anormale de l'une ou l'autre de ces deux dermatoses, et cela jusqu'à l'apparition du deuxième mémoire du médecin de New-York.

Presque tous les auteurs se rangèrent à l'avis de Duhring, et c'est avec la dénomination de dysidrose de la face, que parurent les observations publiées depuis 1884.

Il faut faire toutefois exception pour un cas de James Adam publié sous le titre de *Lymphangioma circumscriptum*, mot dont, suivant la juste remarque de M. le D^r Thibierge, les auteurs anglais font, depuis quelques années, un si grand abus.

En 1886, G.-T. Jackson publie la première observation d'hydrocystome sous le titre de : *A case of dysidrosis of the face (sudamina or pompholix* ¹.) (Obs. I). — C'est en se basant sur cette publication que la plupart des auteurs, qui ont traité depuis la question, ont attribué à tort à Jackson le mérite d'avoir le premier étudié et signalé la maladie. Cette erreur est d'autant plus grossière que Jackson dans son travail, signale les faits observés avant lui, et émet l'opinion que son cas est très certainement analogue à ceux décrits par Robinson.

En 1887, en Allemagne, O. Rosenthal donne la deuxième observation d'hydrocystome qu'il rattache également à la dysidrose de la face : *Ein fall von dysidrosis chronica des gesichts* ². (Obs. II.)

En 1887, Bonnet reproduit dans sa thèse ³ les deux observations précédentes qu'il donne comme les seuls cas publiés jusqu'alors d'une affection rare, la dysidrose du visage. « G.-T. Jackson en 1886, dit M. Bonnet ⁴, rattache à la dysidrose, en tant que trouble de la sudation, une éruption à caractère chronique, avec exacerbations estivales, dans laquelle on ne voulait pas voir la maladie de Tilbury-Fox parce que l'éruption siégeait au

¹ *A case of dysidrosis of the face (sudamina or pompholix)*. In *Journal of cutaneous and venereal diseases*. New-York, janvier 1886, page 4.

² *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887, page 425.

³ Bonnet, *Contribution à l'étude de la dysidrose*. Thèse de Paris, 1889.

⁴ Bonnet, *ibid.*, pages 11 et suiv.

visage. » Parlant des caractères cliniques de la dysidrose le même auteur ajoute encore : « à la face l'éruption consiste en vésicules de très petites dimensions, ce qui s'explique par la finesse de l'épiderme et le peu de résistance qu'il oppose à leur développement. L'aspect des lésions est celui de grains de sagou bouilli ou de petits grains de plomb plus ou moins grisâtres. » Il se félicite vivement en outre de pouvoir joindre un nouveau fait aux deux premiers qu'il reproduit. Cette observation, encore inédite, était due à l'extrême obligeance de M. le D^r Thibierge qui, à cette époque, était également tombé dans l'erreur commune. (Obs. III.)

En juin 1892, M. le D^r Hallopeau publie le deuxième fait observé en France sous ce titre : *Sur un cas de dysidrose du nez*¹. (Obs. IV) Nous ne croyons pas que le savant dermatologiste de l'Hôpital Saint-Louis ait modifié par la suite son premier diagnostic, si nous nous en rapportons à ses déclarations à la séance du 12 décembre 1895 de la Société française de Dermatologie².

En mai 1893, Jamieson d'Édimbourg, publie un nouveau cas accompagné d'hémihyperidrose³. (Obs. V.)

On voit que si les observations se multipliaient elles n'apportaient encore rien à l'autonomie de la maladie.

C'est au mois d'août 1873 que parut le deuxième mémoire de A.-R. Robinson, *Hidrocystoma*⁴. Dans ce travail, auquel nous aurons bien des fois recours, l'auteur établit d'abord ses droits de priorité en rappelant la com-

¹ Hallopeau, *Sur un cas de dysidrose du nez. Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1892, pages 728 à 731.

² Hallopeau, *Hidrocystome et dysidrose. Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, novembre 1895, page 994.

³ *British journal of dermatology*, mai 1893, page 134.

⁴ A.-R. Robinson, *Hidrocystoma, in Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, août 1893, page 293.

munication faite par lui, en 1884, à la huitième séance annuelle de la Société américaine de Dermatologie ; il ajoute que l'affection se trouve également signalée dans son *Manuel of dermatology*, paru en 1884, et que les D^{rs} Hyde ¹ et Hardaway l'ont mentionnée dans leurs traités en lui en attribuant la découverte. C'est donc bien à tort que la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont attribué au D^r G.-T. Jackson l'honneur d'avoir étudié le premier cette maladie, d'autant plus que ce dermatologiste avait eu soin de signaler les faits observés en 1884 par Robinson. L'auteur donne ensuite une description exacte et détaillée de l'affection dont il a pu voir trente à quarante cas à New-York depuis près de neuf ans. Il aborde l'examen anatomo-pathologique des éléments et propose en terminant pour cette nouvelle dermatose, jusqu'alors peu connue, le nom d'*Hidrocystoma*.

La description de Robinson était tellement précise qu'elle éveilla l'attention. Aussi la publication de son deuxième mémoire fut-elle suivie de celle de plusieurs faits semblables. Toutefois, quelques observations ont encore été publiées sous une autre dénomination que celle d'hidrocystome, soit que leurs auteurs aient ignoré la publication de Robinson, soit que, n'adoptant ni les conclusions ni la dénomination proposées par le dermatologiste américain, ils aient continué à ranger les cas observés par eux, dans la dysidrose de la face.

Le 2 décembre 1893, James Adam appelle l'attention sur un nouveau fait. (Obs. VI.) Ce médecin n'avait jamais vu d'hidrocystome, jamais entendu parler de cette maladie. Très embarrassé au sujet du diagnostic,

¹ Hyde, *Diseases of the Skin*, page 105.

il publia son cas sous le titre de *Lymphangioma circumscriptum*¹. En février 1894, Crocker fit paraître dans le *British journal*², une critique de ce cas et rétablit le diagnostic véritable. La lecture de l'article de Crocker et du mémoire de Robinson, suffit à convaincre J. Adam de son erreur. Nous allons voir qu'il a repris l'étude de la question.

En février 1894, à la suite du compte rendu du deuxième mémoire de Robinson, L. Brocq donne, dans les *Annales de Dermatologie*, un court aperçu de l'hydrocystome³. Il approuve les conclusions du dermatologiste américain, et déclare que la maladie nouvellement décrite a bien une entité véritable. Il termine par le résumé d'un cas observé par lui. (Obs. VII.)

La même année, Anderson (en Angleterre), Morow (en Amérique), Unna (en Allemagne) donnent, dans leurs traités des maladies de la peau, une étude de la dermatose.

Pendant l'année 1895, les faits vont être plus nombreux.

En mai, publication d'Hutchinson, *Cases illustrating the neurotic origin of hidrocystoma*⁴. (Obs. VIII.) L'auteur y fait un court historique de la maladie, il signale quelques faits observés par lui. Certains étaient en rapport avec le Xanthelasma des paupières.

En juin, James Adam, ayant repris l'étude de la

¹ J. Adam, *Lymphangioma circumscriptum*. *British medical journal*, 2 décembre 1893, page 1212.

² Radcliffe Crocker, *Hidrocystoma or lymphangioma circumscriptum*, *British journal of dermatology*, février 1894, page 56.

³ *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, février 1894, page 113.

⁴ *British, journal of dermatology*, mars 1895, page 137.

question, fait paraître un mémoire très intéressant ¹. Il parle de neuf cas observés par lui depuis celui signalé en 1893. Parmi ces neuf cas, il y a six femmes : l'une d'elles (la fille de la malade observée par lui, il y a deux ans), est âgée de trente-six ans, asthmatique et psoriasique ² ; une autre, écossaise, aurait vu débiter sa maladie pendant un voyage en Grèce. L'auteur aborde ensuite la description de l'hydrocystome ; il s'étend surtout très largement sur l'anatomie pathologique. Plusieurs figures sont annexées au travail.

Alexander Morton ³, donne, en août, l'observation détaillée de la malade psoriasique et asthmatique signalée par J. Adam. (Obs. IX.)

Le 25 septembre, un cas était présenté par Jarisch, au cinquième Congrès allemand de Dermatologie. (Obs. X.)

En octobre, notre excellent maître M. le D^r Thibierge, publie les trois premiers cas qui aient été observés en France, avec leur véritable diagnostic ⁴. (Obs. XI, XII et XIII.) Il réunit à ces trois observations inédites un quatrième fait, signalé autrefois par lui et publié en 1889 dans la thèse de M. Bonnet. Il profite de cette publication pour donner un court mais remarquable exposé de l'hydrocystome. C'est le premier travail d'ensemble

¹ James Adam, *Hydrocystoma*, in *British journal of dermatology*, juin 1895, page 169.

² Nous allons retrouver cette observation publiée par A. Morton.

³ Alexander Morton, *A case of hydrocystoma*, in *British journal of dermatology*, août 1895, page 245.

⁴ Georges Thibierge, *De l'hydrocystome*. Communication à la Société française de Dermatologie, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, novembre 1895, pages 978 à 989.

paru en France sur cette maladie qui était presque totalement ignorée chez nous avant cette publication.

En décembre, nous observons également un cas, chez une femme, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. (Obs. XIV.)

L'aperçu historique esquissé par nous montre que, si les travaux publiés sont nombreux en Angleterre et en Amérique, il est loin d'en être ainsi en France et en Allemagne. On paraît s'être désintéressé complètement de la question chez les autres nations. Si l'on en croit James Adam, l'hydrocystome serait très répandu en Grèce, surtout au moment des grandes chaleurs. Cet auteur tient le fait d'une de ses malades qui avait séjourné quelques temps dans ce pays.

En France, l'hydrocystome est actuellement rare et peu connu, soit que la race française soit moins prédisposée à cette dermatose que la race anglo-saxonne, soit que des conditions particulières dans le climat et les habitudes des Anglo-Américains rendent chez eux l'affection plus commune. D'autre part Colcott Fox, en Angleterre, se demande pourquoi la maladie est plus fréquente en Écosse que dans les autres parties du Royaume-Uni, et James Adam lui répond que cela tient à une prédisposition à l'hypéridrose chez les Highlanders, surtout ceux de l'ouest ; ce dernier auteur déclare qu'il y a certainement d'autres notions étiologiques qui échappent encore à l'observation des spécialistes. Nous ajouterons que la rareté des faits signalés chez nous est sans doute toute relative. Elle tient à ce que la maladie n'a pas encore été suffisamment étudiée ni recherchée.

Les cas se multiplieront certainement, dans la suite, lorsqu'une connaissance plus généralisée de la dermatose, jointe à un examen plus approfondi des malades,

permettront d'en dépister des exemples qui avaient passé jusqu'alors inaperçus. Si les observations publiées en France ne sont qu'au nombre de six, cela ne veut pas dire qu'elles représentent le contingent entier des faits observés. M. Brocq parle de quelques malades vus par lui; M. Bécclère nous a dit avoir observé un autre exemple de l'affection chez une femme, à l'hôpital Lariboisière, malade qui n'a pu être étudiée. S'il nous avait été possible de pousser plus loin nos investigations, il serait certainement parvenu d'autres exemples à notre connaissance.

Nous avons cru devoir réunir et publier soit *in extenso*, soit en résumé, toutes les observations (et elles sont peu nombreuses) publiées sur l'hydrocystome à l'étranger et en France. Nous estimons en effet qu'il y a non seulement un intérêt historique et bibliographique très grand à agir de la sorte, mais que l'analyse de ces observations nous sera encore d'un grand secours pour établir certains points intéressants dans l'exposé de la maladie qui fait le sujet de cette thèse.

PATHOLOGIE

A. Étiologie

L'étiologie de l'hydrocystome est encore mal élucidée. Parmi les opinions émises, celle qui attribue cette éruption cutanée à un trouble du système nerveux, trouble encore mal défini, paraît rallier la majorité des auteurs.

L'hérédité ne saurait, jusqu'à présent, être mise en cause. Elle ne se rencontre que deux fois : dans un cas de Morton (obs. VIII), où il s'agit de la fille de la malade d'Adam, et dans un cas d'Adam où il est question du fils d'une Écossaise, âgé de quatorze ans¹. De nouvelles observations, une étude plus serrée des faits feront peut-être à l'hérédité une plus large part.

La maladie ne débutant que très rarement dans l'enfance, on ne saurait admettre l'hypothèse d'une malformation glandulaire congénitale. On conçoit bien que, s'il en était autrement, nous avons trop fréquemment, et de trop bonne heure, de nombreuses occasions de transpirer avec abondance pour que les lésions se manifestent peu après la naissance. Or, l'hydrocystome ne débute guère avant l'âge de trente, quarante et même

¹ J. Adam, *Hydrocystoma*, loc. cit.

cinquante ans. Le cas de M. Hallopeau où l'affection datait de l'enfance (obs. IV), est et reste une exception. Adam cite également un enfant de quatorze ans, chez lequel la maladie aurait débuté cinq ans auparavant; l'affection était, paraît-il, guérie lorsque cet auteur observa le jeune malade. Il y avait peut-être une erreur de diagnostic.

Parmi les tares diathésiques, l'arthritisme, la goutte (obs. VIII), la tendance à l'obésité¹, la migraine, sont fréquemment signalées soit chez les malades, soit chez les ascendants. (Cas de Jackson, d'Hutchinson, de Thibierge, d'Adam, etc.)

La coexistence du diabète est notée une seule fois. (Obs. III.)

Le sexe paraît avoir une certaine influence. La plus grande fréquence de la maladie chez la femme que chez l'homme (treize femmes sur dix-sept cas dont le sexe est indiqué²), tient-elle aux professions exercées par les malades (cuisinières, laveuses, repasseuses), et qui les mettent dans des conditions calorifiques spéciales, ou à une disposition particulière de l'appareil sudoral de la femme ? On ne saurait se prononcer.

Notons encore l'apparition de l'hydrocystome à la suite d'applications médicamenteuses prolongées pour la cure d'une dermatose occupant primitivement le siège où se développeront plus tard les kystes sudoraux (obs. VII); la venue de ces mêmes kystes à la suite d'une affection cutanée antérieure (obs. II et VII); leur coexistence avec certaines dermatoses telles que le

¹ Voy. l'opinion de Buzzi sur l'hyperidrose chez les obèses. — *Arch. für Dermat. und Syph.* XX, page 413.

² On remarquera que, parmi les trente ou quarante cas observés par Robinson à New-York, il ne cite que celui d'un jeune homme de vingt-huit ans.

Xanthelasma des paupières (cas d'Hutchinson¹), le psoriasis (cas d'A. Morton), la dysidrose des extrémités (cas de M. Thibierge).

Abordons maintenant les conditions étiologiques qui nous paraissent les plus vraisemblables : un trouble nerveux auquel viennent s'adjoindre des conditions calorifiques spéciales.

Le nervosisme, plus ou moins accusé, se rencontre dans presque toutes les observations. Hérédité nerveuse, névralgies, perte du goût et de la sensibilité d'une moitié de la langue, hémidrose, etc., se rencontrent souvent.

Hutchinson soutient que le système nerveux possède une influence marquée sur la production de l'hydrocystome aussi bien que de la dysidrose². Il se base sur ce fait que sa malade était migraineuse, avait des troubles de la sensibilité d'une moitié de la langue, et de l'hémihyperidrose, phénomènes dont l'origine nerveuse ne saurait être discutée. (Obs. VIII.) L'hémidrose existe également dans les cas de Jamieson et de Morton. (Obs. V et IX). Toutefois l'hydrocystome peut prédominer du côté de l'hémihyperidrose (obs. VIII), s'y limiter (obs. V), ou débiter du côté opposé. (Obs. IX). L'unilatéralité des lésions, ou leur plus grande prédominance à un côté de la face, que nous trouverons parfois signalées, sont encore un nouvel argument en faveur de la théorie nerveuse. Robinson parle d'un jeune homme de vingt-huit ans, chez lequel les lésions étaient limitées à la partie inférieure du côté droit du nez; Jamieson a décrit également un cas dans lequel l'éruption était aussi cantonnée au côté droit du

¹ J. Hutchinson, *Illustrations of clinical surgery*, t. I, page 145.

² J. Hutchinson, *Cases illustrating the neurotic origin of hidrocystoma*, *loc. cit.*

nez, du front, des tempes, des joues M. Hallopeau, se basant sur une hyperidrose limitée aux régions atteintes de kystes sudoraux, et sur ce fait que l'enfant de sa malade, âgé de deux ans et demi, présentait également une hyperidrose limitée à une aile du nez, admet aussi une origine nerveuse et héréditaire. Enfin, Hutchinson, appuie encore son opinion sur ce fait que quelques cas d'hidrocystome étaient en relation avec le Xanthelasma¹. Parlant de l'origine nerveuse de la maladie, M. Thibierge², dit : « Peut-être est-ce de ce côté qu'on rencontrera l'explication de cette affection : les troubles de la sécrétion sudorale sont en effet d'origine nerveuse, et la dysidrose est souvent en relation avec des perturbations nerveuses. »

Les conditions calorifiques et climatiques sont indéniables. L'hidrocystome est influencé par les transpirations abondantes. Il se rencontre surtout chez des sujets dont la sécrétion sudorale est naturellement abondante, qu'il s'agisse d'une hyperidrose généralisée ou d'une hémihyperidrose. La température possède également une très grande influence ; l'éruption est en rapport direct avec l'élévation de la température : elle s'atténue l'hiver et reparait pendant les chaleurs.

Robinson a signalé ce fait que, parmi les trente ou quarante malades observées par lui à New-York, la majeure partie était composée de femmes d'âge mûr, qui faisaient la cuisine, lavaient, repassaient, et qu'elles attribuaient elles-mêmes leur affection à un travail excessif, et longtemps prolongé, dans une atmosphère saturée de vapeur d'eau où elles transpiraient abondamment. Il ajoute pourtant que plusieurs de ses ma-

¹ J. Hutchinson, *Illust. of clin. surgery*, loc. cit.

² G. Thibierge, *De l'hidrocystome*, loc. cit., page 987.

lades ne se trouvaient pas dans le même cas. Dans les observations publiées en France, ces conditions étiologiques font partout défaut.

En résumé, si nous écartons l'hérédité, une malformation congénitale de l'appareil sudoral, les dermatoses antérieures, les applications médicamenteuses irritantes, qui ne sont que rarement signalées, on peut conclure que l'hidrocystome est dû à un trouble fonctionnel de l'excrétion sudorale, trouble accentué d'ailleurs par des conditions calorifiques et climatériques particulières. L'origine de ce trouble, nous paraît, ainsi qu'à la majorité des auteurs, devoir être placée dans une perturbation, encore inconnue, du système nerveux.

B. Anatomie pathologique et pathogénie.

« Anatomiquement les lésions sont constituées par des kystes à parois épaisses doublées d'un revêtement assez développé de cellules épithéliales cubiques ; ce revêtement est parfois détaché par places et peut former des masses épithéliales comparables à celles que l'on observe dans le milium¹. »

« L'examen histologique démontre que la couche cornée et le corps muqueux sont pour ainsi dire normaux ; dans les premières périodes de l'affection, la couche papillaire semble être aussi normale, mais, si la lésion augmente de volume, elle finit par la comprimer et on y trouve alors quelque infiltration leucocytaire. Les altérations les plus marquées se voient dans la couche profonde du chorion et dans le tissu cellulaire sous-cutané. En certains points *les glandes sudoripares ont leur conduit dilaté* par une accumulation de liquide

¹ G. Thibierge, *De l'hidrocystome*, loc. cit., page 986.

et de matière granuleuse, ressemblant à celle des glandes normales, mais en plus grande quantité. D'autres glandes ont un contenu granuleux mais sans aucune dilatation du conduit. Il est probable que *la lésion tient à l'obstruction du conduit vers la partie inférieure du chorion*. Des coupes très démonstratives prouvent en effet que *les vésicules se développent peu à peu de la profondeur vers la surface par suite de l'obstruction d'un canal glandulaire*; ces petits kystes sont tapissés par l'épithélium. — Les sudamina ne peuvent être confondus avec ces lésions, car ils sont dus à la rétention de la sueur dans la *couche cornée* de l'épiderme et sont, par suite, très superficiels.» A.-R. Robinson ¹.

« Une des vésicules fut enlevée, durcie dans l'alcool, et les coupes colorées à l'éosine et à l'hématoxyline. Les lésions occupaient presque exclusivement l'épiderme. La couche papillaire du derme était aplatie; on ne voyait qu'un petit nombre de leucocytes, parmi les fibres qui la composent, mais ils n'étaient pas réunis autour des vaisseaux et il n'y avait pas de signes d'inflammation. Les *conduits sudoripares étaient sains*, aussi loin que l'examen a pu être porté, car la portion de peau excisée n'atteignait pas le glomérule. Les cellules basales, à la partie la plus profonde du derme, et les cellules épithéliales, dans presque toute la hauteur de la couche granuleuse, étaient transformées en trainées irrégulières, granuleuses, ayant une direction habituellement verticale, mais formant aussi, en partie, un réseau à mailles également verticales. Ce réseau emprisonnait un certain nombre de leucocytes. *On ne pouvait déterminer aucune relation entre les conduits sudoripares et la vésicule*. Ces lésions correspondent à celles décrites

¹ Robinson, *Hidrocystoma*, loc. cit.

par W. Williams, comme caractéristiques de cheiro-pompholix, *mais avec un processus inflammatoire beaucoup moins marqué*. Il n'y avait pas de kystes dans le chorion, mais *les orifices des conduits sudoripares dans l'épiderme, étaient, en quelques points, étalés en espaces kystiformes immédiatement au-dessous de la couche cornée.* » Jamieson¹.

« L'apparition de nombreux et gros kystes du canal excréteur des glandes sudoripares, s'accompagnant d'une forte hyperidrose constitue une manifestation morbide : l'hydrocystome... *Un peu au-dessus du glomérulaire commence la dilatation du canal excréteur ; celui-ci forme, dans la partie inférieure de la peau, une cavité remplie d'une sécrétion claire, et partout tapissée d'un épithélium plat. En s'accroissant, la cavité augmente par en haut ; elle écrase les tissus voisins, aplatit à la fois les corps papillaires et la surface cuticulaire. En conséquence le faite du kyste est constitué par l'épiderme et par les corps papillaires réduits à une mince lame, ainsi que par la couche la plus superficielle du derme, tandis que le faite des vésicules de la miliaire n'est formé que par l'épiderme. Les kystes du canal excréteur se distinguent de ceux de la miliaire et du pompholix par leur situation au-dessous de la couche des cellules crénelées, et par l'absence de tout symptôme inflammatoire.* » Unna².

« Au milieu du derme, mais à une profondeur un peu variable, se voient des kystes ronds, ne contenant rien sur les coupes, ayant probablement renfermé un liquide aqueux à l'état frais. Leur paroi est formée par une double ou triple couche de cellules épithélioïdes, très aplaties dans les plus grands, cubiques dans les

¹ Jamieson, *Dysidrosis of the face*, loc. cit.

² Unna, *Histopathologie der Hautkrankheiten*, page 914.

autres, revêtue intérieurement d'une cuticule. *Cette structure est celle des canaux excréteurs sudoripares. Sur quelques coupes il a été facile de constater la présence d'un canal de cet ordre venant aborder un kyste et s'y aboucher après quelques sinuosités.* La plupart des glomérules rencontrés dans les coupes sont formés de canaux dilatés dont la lumière est sensiblement plus large qu'à l'état normal. » Darier ¹.

James Adam donne un examen histologique très détaillé des lésions avec plusieurs planches à l'appui : « La figure 1 montre deux kystes dans le tissu sous-cutané. Le plus petit est adhérent à quelques faisceaux musculaires et à des fragments de glande sudoripare. *Plus près de la surface est le conduit excréteur normal. Ce kyste paraît contenu dans la glande.* Le plus gros kyste, richement bordé d'épithélium, a une glande sudoripare au-dessous de lui. En connexion avec ces deux kystes, on en voit un plus petit, évidemment formé *d'un diverticulum hypertrophié d'une glande sudoripare.* Dans un autre point de la même coupe (non représenté) il y a un kyste semblable avec la partie adjacente de la glande devenant kystique.

« Une lésion très commune, et qui semble être le mode de début de la maladie, se voit sur la figure 3. *Elle montre une glande sudoripare, dont plusieurs sinuosités sont très développées. Sur d'autres coupes, telles que les représente la figure 4, on voit un stade plus avancé, constitué par la présence de plusieurs petits kystes dans un glomérule.*

« La bordure épithéliale de ces kystes, toujours très riche, est assez vite détachée ; dans quelques cas elle forme une véritable tumeur intra-kystique comme dans

¹ Note de M. Darier, in G. Thibierge, *De l'hidrocystome*, loc. cit., page 982.

la figure 5. Il est possible que cela soit l'explication des lésions semblables à du milium que l'on voit dans les anciens éléments.

« A un fort grossissement, on peut constater que ces kystes ont une riche vascularisation, il y a habituellement un certain nombre de cellules rondes dans le tissu adjacent. *Peut-être la place la plus ordinaire des kystes est-elle à l'union de la glande et du conduit excréteur. Il n'y a rien de spécial au niveau des conduits excréteurs sauf, par endroits, leur distension avec un contenu granuleux.*

« Les coupes montrent que, comme le soutient Robinson : 1° le siège de la lésion est dans les glandes sudoripares ; 2° le liquide excrété est de la sueur ; 3° les kystes ne sont que des kystes par rétention.

« Les éléments, sur ses coupes, se développent si souvent et si manifestement dans les glandes qu'on ne peut s'empêcher de penser que le mode commun d'origine est d'abord une hypertrophie, puis une dilatation d'une ou plusieurs sinuosités des glandes. Un kyste tel que le plus large de ceux de la figure 1, peut être considéré comme provenant du conduit excréteur, mais la dilatation kystique, située immédiatement au-dessous, montre qu'il doit être considéré comme originaire de la glande, et développé à l'endroit où le glomérule s'unit à son canal. *Il n'y a pas d'obstruction du conduit excréteur* ; même si elle existait elle n'expliquerait pas l'origine du kyste au fond de la glande, comme le représente la figure 2. Souvent, auprès des kystes superficiels, plus volumineux, il n'existe plus qu'un vestige de la glande comme si la plus grande partie du glomérule avait formé le kyste. La véritable interprétation de la maladie semble être l'hypertrophie de la partie sécrétante des glandes sudoripares chez lesquelles l'hypersécrétion ne se trouve pas compensée par une suractivité de la partie

excrétante. La distension qui en résulte est probablement plus marquée au siège de l'hypertrophie, ou au point où la glande atteint le conduit excréteur. Quand l'hyperidrose a cessé, la sécrétion est lentement évacuée. L'hypertrophie une fois produite tendrait à augmenter, comme aussi la distension, après chaque perspiration abondante.....

« En outre les coupes semblent confirmer l'opinion qu'on est amené à se former, par l'étude clinique de la maladie, que ces kystes disparaissent par évacuation lente de leur contenu puis se remplissent de nouveau. Les kystes « en collapsus » et les glandes distendues, leur riche bordure épithéliale, amènent à cette conclusion. On peut difficilement admettre que des lésions aussi complètes se produisent pendant une transpiration excessive d'un jour ou d'une semaine, pour disparaître ensuite définitivement en quelques semaines. Les kystes s'affaissent probablement non par résorption de leur contenu, mais par évacuation lente de celui-ci à travers les conduits excréteurs normaux pendant les intervalles de repos ¹. »

Ces extraits montrent que les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de ces kystes : pour Robinson, Unna et Darier, ils se formeraient d'une façon constante à la partie inférieure du chorion, aux dépens des parois des conduits sudoripares ; pour Jamieson, la lésion serait toute épidermique et résulterait de l'élargissement kystique du canal sudoripare sous la couche cornée de l'épiderme, le reste du canal étant sain ; pour Adam, ils seraient le résultat de l'hypertrophie d'une partie de la glande et parfois même de la glande entière. En résumé deux théories restent en présence : celle de l'origine canaliculaire et celle de l'origine glandulaire.

¹ J. Adam, *Hidrocystoma*, loc. cit.

Dans une communication particulière à M. le Dr Thibierge ¹, James Adam revient sur une partie des faits exposés par lui dans son mémoire. Il ajoute encore, à l'appui de sa théorie de l'origine glandulaire de l'affection, que, si les autres auteurs ne parlent pas des lésions de la glande, c'est parce que les excisions faites par eux l'ont été sur le vivant, et que, par suite, elles n'étaient pas assez profondes pour intéresser le glomérule. Les coupes faites par lui ont porté, au contraire, sur des fragments pris sur le cadavre et à la profondeur voulue. Cette remarque nous semble digne d'être prise en sérieuse considération.

James Adam avait joint à sa communication deux coupes ² que nous avons soigneusement examinées. Ces coupes correspondent aux figures, très imparfaites, il est vrai, qui accompagnent le mémoire de l'auteur ³. — Sur une des préparations on voit, avec la plus grande netteté, que le kyste est manifestement situé au-dessous de la glande (par rapport à la couche épidermique). On voit également bien la riche bordure épithéliale. Sur une autre coupe apparaît le début de la distension d'une certaine partie du tissu glandulaire. On remarque également, en certains points, la dilatation du canal excréteur de la glande. Il résulte donc de notre examen qu'il y a pleinement lieu d'admettre, au moins pour certains cas, l'opinion d'une origine glandulaire. On doit cependant se demander si tous les cas correspondent toujours aux mêmes lésions, et si le canal excréteur n'est pas parfois le siège de la dilatation kystique, comme le veut Robinson. Les différences entre la

¹ 22 avril 1896.

² Ces coupes sont un peu épaisses, et la coloration (au picro-carmin) laisse un peu à désirer.

³ Voy. J. Adam, *Hidrocystoma*, loc. cit.

structure anatomique de la glande et du canal excréteur étant peu marquées, on peut parfaitement admettre que la lésion, sur la nature précise de laquelle on n'est pas encore fixé, puisse occuper soit la glande, soit le conduit excréteur, soit même tous les deux à la fois. En résumé, l'origine glandulaire nous paraît mieux expliquer les faits cliniques, et, sauf les réserves faites plus haut, nous nous y rangeons volontiers. Quoi qu'il en soit les glandes sudoripares sont généralement hypertrophiées, leur contenu granuleux, comme dans l'hyperidrose commune. L'épiderme, les follicules pileux, les glandes sébacées sont respectés, tout au plus peut-on trouver, autour des kystes, un léger degré d'infiltration leucocytaire (Adam, Jamieson).

Si l'histologie nous a permis d'acquiescer ce fait que les kystes aqueux sont en connexion intime avec l'appareil sudoral, et en relation avec l'exagération de son fonctionnement, leur pathogénie n'en reste pas moins obscure. Sont-ils dus à l'obstruction du conduit excréteur par des cellules épithéliales détachées ? Mais l'hyperidrose est commune et l'hydrocystome rare ; il resterait encore à expliquer le fait de la limitation à la face et même à certaines régions du visage. « La richesse en vaisseaux et en nerfs qui fait transpirer la face et y limite la transpiration, quoique la topographie des régions où se produit l'hyperidrose ne coïncide pas toujours avec la distribution de l'hydrocystome, aussi bien que le fait que la face est exposée à l'irritation par des influences extérieures, peuvent aider à expliquer la maladie et sa limitation » (Adam). Il faut donc conclure, en définitive, que le trouble de l'appareil sudoral qui produit les kystes aqueux de la face est d'ordre régional ou résulte d'une prédisposition individuelle. Robinson,

et nous sommes du même avis, avoue qu'il est impossible d'aller plus loin.

C. *Symptomatologie*

L'éruption siège *exclusivement à la face* ; elle y occupe surtout la partie inférieure du front, la région orbitaire, les paupières, le nez, les joues, souvent les lèvres. On ne l'a observée que rarement à la machoire inférieure. (Obs. VI, IX et XII.) Le cou, le cuir chevelu, les oreilles sont également respectés.

Les lésions sont discrètes ou confluentes. Lorsqu'elles sont peu nombreuses elles ne forment pas un groupe mais demeurent espacées. Leur nombre est très variable : depuis quelques éléments à cent ou deux cents. Elles sont parfois si confluentes qu'elles forment une nappe irrégulière dont l'aspect rappelle celui de la peau d'orange, mais c'est là une exception. (Obs. XII.)

L'affection est caractérisée par la présence de petites tumeurs fermes, dures au toucher, ayant l'aspect d'une vésicule claire, de forme ronde ou ovoïde ; elles varient, comme dimension, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois. Les éléments sont profondément situés, c'est-à-dire que leur partie inférieure pénètre assez avant dans le chorion ; ils font, à la surface de la peau, une saillie plus ou moins accusée, à la vue et au toucher, suivant leur volume. L'aspect des plus petits a été comparé par Robinson à celui d'un grain de sagou cuit. Les plus volumineux ont souvent *une coloration grisâtre, violacée ou bleu-noirâtre*, et leur aspect rappelle alors assez bien celui d'un grain de plomb, d'un numéro variable, enchâssé dans le derme. Il s'en faut toutefois que la coloration bleue soit particulière aux éléments d'un

certain volume, on la rencontre assez fréquemment chez de petites vésicules, quoique ces dernières soient plus habituellement incolores. La teinte bleue est plus marquée à la périphérie qu'au centre, dans les plus gros éléments, tandis que la coloration centrale s'observe principalement dans les plus petits. L'aspect de la face est caractéristique : on dirait que la malade a reçu, en plein visage, un coup de feu tiré à blanc et à bout portant, et que de nombreux grains de poudre, de volume variable, sont restés enchassés dans la peau. Il peut arriver parfois que, parmi les lésions, on trouve une ou plusieurs vésicules assez volumineuses, paraissant résulter de la confluence d'un ou deux éléments très voisins, remplies par un liquide clair et ayant l'aspect d'une petite phlictène. Nous en avons observé un exemple sur une malade qui nous a déclaré qu'elle voyait survenir pour la première fois une bulle aussi volumineuse. (Obs. XIII.)

La durée de chaque élément est variable ; les auteurs n'ont pas fait de remarques précises à ce sujet. Robinson parle de deux à trois semaines, Morton de trois à quatre. Les vésicules ne se *rompent jamais spontanément*, et très exceptionnellement à la pression. Le liquide qu'elles renferment disparaît progressivement soit par une sorte de résorption, soit par une évaporation lente à travers le canal excréteur normal (Adam) ou sa partie restée intacte¹. Quand elles se dessèchent, les lésions tendent à disparaître et prennent une teinte blanchâtre analogue à celle du milium. D'après Adam les éléments ne disparaîtraient pas complètement, mais ils s'affaîsseraient jusqu'à ce qu'un nouvel appel à la transpiration

¹ Ce mécanisme ne nous paraît devoir être accepté qu'avec de grandes réserves.

vienne leur rendre leur volume primitif par une nouvelle accumulation de la sueur. La peau qui recouvre les lésions ou les environne n'est jamais enflammée.

Le contenu de ces petites tumeurs est généralement un liquide clair, qui ne devient jamais jaunâtre et disparaît peu à peu sans amener la rupture de leur paroi. Il faut même un certain effort pour ouvrir ces kystes avec une épingle, et quand on a fait sourdre le liquide qu'ils contiennent, on remarque une petite dépression intra-dermique à la place occupée par l'élément primitivement intact. Le liquide est presque toujours acide, comme l'est la sueur ; jamais il ne serait alcalin, pour Robinson. Cet auteur s'appuie sur ce caractère pour avancer que le contenu des vésicules n'est pas autre chose que de la sueur. La réaction du liquide a parfois été trouvée neutre (Jamieson). La piqûre des éléments a quelquefois donné issue à du sang ; Adam et Hutchinson en rapportent des exemples et le fait est également noté dans les observations II, VI, et IX. Les kystes vidés par la piqûre s'affaissent et semblent disparaître sans laisser de traces ; ils ne suppurent pas et ne laissent jamais de cicatrices sauf le cas d'infection secondaire. Ceux qui n'ont pas été rompus se résorbent et disparaissent également sans laisser de traces.

L'affection est généralement *indolore* ; elle n'est le siège de sensations de tension, de chaleur ou même de cuisson qu'au moment où les lésions sont en pleine activité, prennent leur plus grand développement, et pendant quelques jours seulement. Certains malades accusent alors un peu de prurit. Ce sont là des faits exceptionnels, la dermatose étant, en hiver comme en été, habituellement indolore. A leur période d'état, les lésions augmentent pendant les transpirations abondantes. Elles sont moins prononcées au réveil que

lorsque les malades sont debout ou ont fait quelque exercice¹. (Obs. VI.)

On a parfois noté la coexistence de l'hydrocystome avec certaines dermatoses : xanthelasma, psoriasis, eczéma, mais le phénomène le plus remarquable est sa rencontre avec la dysidrose (obs. XII), maladie dont le mécanisme, encore inconnu, est bien certainement, lui aussi, en rapport avec le fonctionnement de l'appareil sudoral. Inutile d'ajouter que les malades porteurs de kystes aqueux du visage sont des personnes transpirant facilement et avec abondance.

Un fait rare et très curieux est le développement de l'hydrocystome au voisinage d'un *nævus* dont il avait paru amener l'augmentation de volume et la transformation néoplasique, dans un cas de M. le Dr Thibierge. (Obs. XI.) Ce fait est d'autant plus remarquable que les *nævi* ne paraissent pas dénués de glandes sudoripares.

Enfin l'affection peut, dans certains cas, simuler une tumeur épithéliale et rendre le diagnostic incertain. (Obs. XIV.)

D. *Marche et durée.*

La maladie n'apparaît guère qu'à une période moyenne et avancée de l'existence ; elle est plus fréquente chez les personnes déjà avancées en âge. Elle débute à partir de trente, et le plus souvent quarante et même cinquante ans. C'est par exception qu'elle datait de l'enfance (Hallopeau), et qu'elle avait débuté à neuf ans (Adam). Vingt-cinq ans (Adam), vingt-sept ans (Thibierge), vingt-huit ans (Robinson), vingt-neuf ans (Adam), trente ans (Thibierge, Morton), marquent

¹ Thibierge, *loc. cit.*

un début précoce. La maladie est essentiellement *chronique*. Les variations dans le nombre, l'aspect et la saillie des éléments, sont en raison directe de la température et de l'intensité de la sécrétion sudorale. Les malades déclarent que tel été l'affection était plus prononcée que tel autre, et font observer que, s'il en a été ainsi, c'est que la température était alors moins élevée. En hiver, l'hidrocystome s'atténue plus ou moins, selon les sujets, mais ne disparaît pas complètement, en général. Un certain nombre d'éléments persistent toujours, après avoir diminué beaucoup de volume. L'affection est alors complètement indolore. Lors du retour des chaleurs, par l'exposition à la chaleur (cuisinières), les lésions entrent de nouveau en activité. Il n'y a qu'une seule observation du contraire, c'est celle de Morton. (Obs. IX.)

On a cité une fois l'influence des émotions (Hallopeau).

Les époques menstruelles ne paraissent pas influencer les lésions. Chez certaines femmes elles sont plus actives pendant toute cette période. (Obs. IV et IX.)

La ménopause a paru les activer dans un cas. (Obs. II.)

On n'a cité qu'un cas de guérison chez un enfant (Adam).

E. *Pronostic*

Le pronostic de cette affection est des plus bénins. On n'a jamais noté la possibilité de sa transformation en une lésion cancéreuse. Nullement ou à peine douloureuse, les malades ne songeraient pas à s'en plaindre si son siège à la face n'en rendait l'existence désagréable pour certaines personnes. Que l'on ajoute à

cela qu'il s'agit en général de femmes. C'est plutôt une difformité qu'une maladie. Pour les raisons ci-dessus énumérées, beaucoup de malades tiennent à s'en débarrasser, surtout les femmes.

F. *Diagnostic*

La localisation exclusive de l'hydrocyste à la face, son évolution chronique, sa marche régulière présentant successivement des exacerbations pendant l'été et des régressions pendant l'hiver, la teinte violacée des lésions, leur dureté au toucher, leur inclusion dans le derme, l'absence de toute tendance à la rupture spontanée, la résolution sur place sans laisser de cicatrices ultérieures, l'indolence, rendent le diagnostic facile. « Il suffit d'avoir vu un cas, ou simplement d'avoir lu la description pour reconnaître l'affection sans hésitation », écrit M. le Dr Thibierge.

Malgré cette assertion très fondée, le diagnostic reste à faire avec les affections suivantes : l'adénome sébacé de la face, l'épithélioma adénoïde kystique limité à la face, l'eczéma vulgaire, l'herpès, le zona, le pemphigus, les sudamina, la miliaire et surtout la dysidrose.

Le contenu transparent et limpide des kystes sudoraux, les distingue des formes d'adénome sébacé de la face.

L'absence d'une origine congénitale, la limitation exclusive à la face, les variations de volume suivant l'état de la température et de la sudation, séparent l'hydrocyste de l'épithélioma adénoïde kystique limité à la face.

Les vésicules de l'eczéma vulgaire tendent à se rompre spontanément, très peu après leur formation, et à

laisser une surface sécrétante, humide, qui se recouvre de croûtes. Les vésicules sont très petites (du volume d'une tête d'épingle), régulières, de la même grosseur, formant des placards à bords irréguliers, avec quelques éléments isolés ; leur contenu est un liquide clair, de réaction alcaline, légèrement poisseux, se concrétant en croûtes. La rougeur de la peau sur laquelle sont situés les placards dénote une origine inflammatoire. La sensation de chaleur et de prurit est très accusée.

Dans l'herpès les vésicules, plus égales, moins dures, plus superficielles, ont une tendance à se ranger en groupes bien délimités. Dans l'herpès fébrile elles ont à la face un siège bien connu : pourtour des narines et des lèvres. Il y a une sensation de cuisson et de prurit.

Dans le zona, les lésions sont unilatérales et situées assez approximativement sur le trajet d'une branche ou d'un filet nerveux. L'apparition du zona est précédée de douleurs. Dans les deux affections précédentes, la marche de la maladie est aiguë, les vésicules se rompent spontanément, et le liquide qu'elles contiennent d'abord clair, puis trouble, a toujours une réaction alcaline. Il y a formation de croûtes.

Le pemphigus se caractérise par des bulles volumineuses, transparentes ou opaques, dont la marche est aiguë. La bulle du pemphigus repose directement sur la peau saine sans aréole inflammatoire périphérique. D'ailleurs le terme de pemphigus ne s'adresse pas à une entité morbide nettement définie.

Les sudamina, ou miliaire cristalline, sont une affection des glandes sudoripares d'origine inflammatoire ¹. Les vésicules sont très superficielles, faciles à rompre,

¹ Anderson, *Diseases of the skin*, 1894, page 94, fait encore de l'hydrocyste une forme particulière de sudamina.

semblables à des perles ou à des gouttes de rosée, de dimensions variées, mais généralement petites. L'affection s'observe dans les maladies fébriles. Les localisations favorites sont la poitrine, l'abdomen, l'aisselle, la face. La marche est aiguë, la durée deux à trois semaines. Les éléments sont, en outre, histologiquement situés sous la couche cornée de l'épiderme et par suite très superficiels.

La miliaire rouge se distingue facilement par sa teinte due à l'exanthème qui l'accompagne. La blanche est analogue aux sudamina. Les vésicules sont transparentes, très petites; l'éruption respecte généralement le visage, se fait par poussées successives. Les vésicules se rompent, après une durée de sept à huit jours, et laissent après elles une desquamation furfuracée ou en collerette. La maladie s'accompagne d'un état général fébrile.

Les éléments éruptifs de la dysidrose sont moins persistants que ceux de l'hydrocystome. Ils se rompent spontanément et donnent lieu à une exsudation de liquide. L'affection occupe les extrémités (mains et pieds), ne se limite pas exclusivement au visage et ne se reproduit pas régulièrement pendant des années. Malgré des différences aussi tranchées, le diagnostic demeure encore incertain pour quelques auteurs. Au début, hydrocystome et dysidrose ont été confondus ensemble, et c'est comme une forme spéciale de la maladie de Tilbury Fox, la dysidrose du visage, que plusieurs auteurs ont publié certains cas de kystes sudoraux de la face. Même aujourd'hui, plusieurs dermatologistes n'admettent pas l'autonomie de la maladie de Robinson et persistent à la considérer comme une forme anormale, par le siège, de la dysidrose. Parlant de plusieurs cas d'hydrocystome présentés par M. Thibierge

à la Société de dermatologie, M. Hallopeau déclare : « Si cette maladie siégeait à la paume des mains et à la plante des pieds on porterait sans hésiter le diagnostic de dysidrose ¹ », et dans la séance du 12 décembre 1895, à la Société française de Dermatologie, il dit : « J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. le Dr Thibierge sur les cas qu'il a rattachés à l'hidrocystome de Robinson, et qu'il s'est efforcé de différencier de la dysidrose, mais j'avoue n'avoir pas été convaincu, pour certain d'entre eux, du moins, du bien fondé de cette distinction. Il en est ainsi du fait que j'ai publié en 1892 sous le nom de dysidrose du nez..... Aucun des signes énoncés ne me paraît avoir une valeur décisive. Les éléments de la dysidrose ont souvent une grande persistance, nous avons vu des bulles durer pendant plus d'un mois; elles peuvent ne pas se rompre spontanément, même à la plante des pieds où elles sont soumises à des pressions. Leur dessiccation et la macule brunâtre qui leur fait suite, dans notre fait, appartiennent en propre à la dysidrose..... Nous avons vu cette maladie se reproduire chaque année, dans les mêmes régions. Dire enfin qu'il ne s'agit pas de dysidrose parce que les altérations sont limitées à la face n'est-ce pas faire une pétition de principe?..... Une différence de localisation suffit-elle à entraîner une différence de nature? nous ne le pensons pas, d'autant mieux qu'il s'agit dans les deux cas d'une maladie des glandes sudoripares ². »

¹ De l'hidrocystome. Séance de la Société de Dermatologie, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, novembre 1895, page 994.

² Hallopeau, *Hidrocystome et dysidrose*, Société française de Dermatologie, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1895, page 1110.

Si nous avons reproduit cette déclaration de l'éminent dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis, c'est parce qu'elle nous paraît résumer, et avec beaucoup de talent, les objections faites contre l'autonomie de l'hidrocystome. Nous avons signalé, dans le courant de cette thèse, trop de différences entre les deux affections pour partager l'opinion de M. le D^r Hallopeau.

Il existe enfin des cas, plus complexes, où l'hidrocystome existe avec la dysidrose (obs. XII), et qui semblent venir à l'appui de l'opinion émise par M. le D^r Hallopeau. On peut heureusement faire observer que les deux affections, étant liées à un trouble de la fonction sudorale, peuvent parfaitement se rencontrer chez un hyperidrosique tout en restant isolées l'une de l'autre, et en évoluant chacune pour son propre compte.

G. Traitement

Nous n'avons malheureusement pas d'expérience personnelle sur cet intéressant chapitre de l'affection que nous venons de décrire. Aussi serons-nous bref, nous contentant d'exposer ce qui a été conseillé ou expérimenté par des auteurs dont la compétence en ces matières dépasse de beaucoup notre savoir.

Le traitement doit être général et local.

Il faut d'abord combattre les phénomènes généraux que présentent les malades : aux rhumatisants on ordonnera les alcalins ; aux nerveux et aux débilités, les bromures, la valériane, le fer, l'arsenic ; aux dyspeptiques un régime approprié. Tilbury Fox administrait toujours, chez les hyperidrosiques, les diurétiques pour suppléer aux fonctions cutanées. Dans le même ordre d'idées, il faut déconseiller l'usage des boissons

chaudes diaphorétiques, prescrire les substances anidrotiques (dont nous n'avons pas à reproduire la liste assez longue), conseiller le repos dans une température moyenne, éviter les actions calorifiques (fourneaux de cuisine, chaleur solaire, lavoirs, blanchisseries, etc.).

L'hydrothérapie, sous toutes ses formes, peut rendre des services. Les douches ou les bains chauds, surtout longtemps prolongés, qui suractivent les fonctions de la peau, et particulièrement la sécrétion sudorale, nous semblent contre-indiqués, la maladie augmentant d'intensité en raison de l'activité des glandes sudoripares. On n'y aura donc que rarement recours, et dans des conditions spéciales, telles que susceptibilité trop grande du malade pour l'hydrothérapie froide.

La douche écossaise, alternativement chaude et froide, ne semble pas offrir le même inconvénient et peut être essayée, mais c'est aux douches froides, et surtout aux douches tempérées que nous donnerons la préférence.

En effet, l'hydrothérapie froide, en pluie ou en jet, est très souvent mal supportée par les malades qui s'en lassent vite et se mettent ainsi dans l'impossibilité de tirer un bénéfice appréciable du traitement. Les douches tempérées, qui ne sont pas passibles du même reproche, nous paraissent devoir être exclusivement employées. La température variera entre 25 et 37 degrés, selon la susceptibilité des malades; il en sera de même de la durée de la séance. On pourra, en abaissant progressivement la température du liquide, arriver à donner l'eau à un degré de moins en moins élevé. On conseillera de deux à trois douches par semaine. Quant à la nature de la douche, comme elle ne répond pas en cette circonstance à des conditions thérapeutiques particulières ou localisées, la simple douche en pluie nous paraît bien suffisante. Les malades pourront y adjoindre

la douche en jet ou en cercle, varier leur hydrothérapie à leur gré, nous n'y voyons pas le moindre inconvénient, la meilleure hydrothérapie étant dans ce cas celle qui est la mieux et la plus longtemps supportée.

Le traitement local est assez restreint. Les applications médicamenteuses ne donnent pas grand résultat. « Lorsque les moyens généraux sont insuffisants, on peut, si les malades exigent une intervention, tenter la destruction des kystes par la cautérisation ignée. » Ce moyen, proposé par M. le Dr Thibierge¹ est certainement bon ; il y a peut-être lieu de craindre, après l'application du galvano-cautère, la production de légères cicatrices. On ne saurait toutefois se prononcer, l'essai de cette méthode curative n'ayant pas encore été tenté.

Tel est le résumé de la thérapeutique de l'hydrocystome, thérapeutique qui paraît n'avoir pas donné de bien remarquables résultats jusqu'à présent. Nous nous sommes gardé de rien proposer de nouveau, nous souvenant de cet adage, bien de circonstance lorsqu'il s'agit d'un malade confié à nos soins : *primo non nocere*.

¹ G. Thibierge, *De l'hydrocystome, loc. cit.*, page 980, et *Thérapeutique des maladies de la peau*, tome II, page 115.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(G.-T. Jackson, *A case of dysidrosis of the face*, *Journal of cutaneous and venereal diseases*, janvier 1886, page 1).

Il s'agit d'une femme de 45 ans, née en Irlande, cuisinière, veuve. Elle a été observée pour la première fois le 13 août 1885. Sa santé générale est excellente; elle n'a jamais été malade; elle a eu cinq enfants. Depuis quelques semaines elle ressent de légères douleurs rhumatismales dans les genoux et les jambes. Elle est forte. Sa peau est douce et lisse. Sa langue est légèrement chargée, mais elle ne présente pas d'autre signe de dyspepsie; les gardes-robes sont régulières, l'appétit bon.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq ans. Elle est plus accusée en été qu'en hiver, particulièrement quand la malade est exposée au feu, mais elle n'a jamais disparu complètement depuis son début. Pas de maladie cutanée antérieure. L'éruption siège à la face, occupant la moitié inférieure du front, et le pourtour des deux orbites; elle existe aussi au-dessous des deux yeux, sur les côtés et le dos du nez, et s'étend, de chaque côté du nez, à une petite distance sur la lèvre supérieure. Elle a l'apparence de gros et de petits grains de sagou répandus sur les parties affectées, et consiste en vésicules complètement distendues par un contenu clair. Les vésicules les plus larges ont environ la dimension d'un pois cassé, les

plus petites celle d'une tête d'épingle. Elles sont généralement discrètes, quoique par places elles soient très rapprochées les unes des autres. Un petit nombre d'entre elles semblent réunies à leurs extrémités, et quelques-unes sont d'une couleur plus foncée que les autres. Dans un très petit nombre on peut voir un point central. En les piquant, on en fait sortir un liquide clair et de réaction acide. Elles ne se rompent pas d'elles-mêmes et leur paroi offre une résistance considérable à la lancette. La peau, sous d'autres rapports, est absolument normale, n'offre aucune apparence d'inflammation, et quand on la frotte légèrement avec un mouchoir, elle devient facilement hyperémique. Il y a un petit nombre de vaisseaux sanguins dilatés sur le nez. Les seuls symptômes subjectifs sont de légères démangeaisons par moments...

L'auteur établit ensuite le diagnostic différentiel avec quelques dermatoses (eczéma, herpès, sudamina). A propos du diagnostic avec les sudamina, il cite une forme particulière de sudamina à la face décrits par Robinson, et termine sa communication en émettant l'opinion que son cas est certainement analogue à ceux signalés par le dermatologiste de New-York. Il ajoute qu'il choisira pour dénommer le cas observé par lui le terme de dysidrose, l'affection lui paraissant due à une difficulté de la sudation.

OBSERVATION II

(O. Rosenthal, *Ein fall von dysidrosis chronica des gesichts*, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887, page 425) ¹.

En avril de l'année dernière, une femme, souffrant d'une affection de la peau du visage, depuis un temps assez long, s'est présentée à ma polyclinique.

¹ Je dois exprimer ici ma gratitude à M. l'abbé Clément, qui a bien voulu me prêter son précieux concours pour tout ce qui concerne les recherches bibliographiques et les traductions à faire chez les auteurs allemands.

La femme H... a 54 ans. Dans sa jeunesse, elle a toujours été bien portante. Elle est mariée depuis trente-trois ans. Tandis qu'elle était enceinte pour la première fois, il y a trente-quatre ans, elle fut atteinte d'une tache humide du visage qui mit quatre mois pour guérir. Depuis ce temps, elle n'a fait aucune maladie. Il y a neuf ans que ses règles se sont supprimées, et, depuis à peu près cette époque, elle a remarqué l'affection actuelle, qui peut avoir peut-être existé un peu auparavant, mais qui, depuis ce moment, s'est notablement aggravée. Elle augmente principalement pendant les mois de l'été durant lesquels la malade est sujette à d'abondantes transpirations, surtout du visage ; l'affection lui occasionne alors une douleur brûlante. Dans les saisons plus fraîches, elle n'éprouve pas ces souffrances et les manifestations sont bien diminuées, sans disparaître entièrement.

Cette femme est robuste, et paraît plus jeune que son âge. Au visage, à la partie inférieure du front, sur les sourcils, surtout sur l'inférieur, sur le dos du nez, sur les joues jusqu'à la lèvre supérieure, on voit un grand nombre de nodules, les uns isolés, les autres placés très près les uns des autres, situés profondément dans la peau, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un grain de millet, ou de sagou, et dont un certain nombre ressemblent à des éléments de milium. A la palpation on les prendrait pour de petits grains, mais un examen plus attentif montre que ce sont tous des vésicules. Leur contenu, à n'en pas douter, a une réaction manifestement acide. Entre ces vésicules claires qui, comme il a été dit, sont très nombreuses, il y en a un certain nombre, de beaucoup le moindre, qui ont une apparence d'un bleu sombre, presque noirâtre, et qui sont éparses à l'état discret sur le visage. Si on les ouvre, tout comme pour les autres vésicules, il en sort d'abord une goutte claire, limpide comme de l'eau, mais si l'on comprime ensuite avec le dos d'un scalpel, il en sort encore un petit grumeau sombre, de la grosseur à peu près d'une tête d'épingle. A l'œil nu, on peut déjà facilement reconnaître que ce grumeau est un petit caillot sanguin ; à l'examen microscopique on voit, comme dans les

petites hémorragies de la peau, un certain nombre de granulations d'un brun rouge, séparées ou accolées, semblables à des hématies sorties et ratatinées. Après la sortie de ce petit caillot, le pointillé sombre qui colore les parties correspondantes de la peau disparaît. Il existe encore un troisième phénomène à noter, mais il est plus tardif et moins marqué pendant les temps froids de l'année. Voici en quoi il consiste : entre les sourcils et sur le dos du nez, sur la peau, se manifestent des points sombres, donnant à l'épiderme l'aspect de la peau de chagrin. De ces points, quand on les perce, jaillit un liquide analogue à celui des vésicules. On peut parfaitement reconnaître dans ces lésions le premier stade des vésicules qui se développeront ensuite.

La peau voisine est normale, ni rouge, ni gonflée; nulle part on ne voit de croûtes, de crevasses, ou d'œdème. Au frottement et à la pression, la peau est sensible et rougit facilement.

Quelle est la durée de chaque vésicule? c'est difficile à préciser. Il est certain qu'elles ne se rompent pas, car on peut en observer plusieurs pendant des semaines. Leur contenu est susceptible de résorption; on le reconnaît à ceci : à l'ouverture, il ne sort pas une quantité de liquide correspondant à la capacité de la vésicule, et même, quoique rarement, on n'y trouve pas de contenu séreux.

L'auteur passe ensuite en revue différentes dermatoses avec lesquelles il compare l'affection observée par lui. Il s'arrête au diagnostic de dysidrose.

Traitement : Lotions avec une solution alcoolique de naphтол au 1/100°.

OBSERVATION III

(Bonnet, *Contribution à l'étude de la dysidrose*, thèse de Paris, 1888-1889, page 71. — G. Thibierge, *De l'hydrocystome*, in *An. de Dermat. et de Syph.*, octobre 1895, page 983.)

M. X..., 50 ans, manufacturier aux environs de Paris, a

remarqué, depuis une vingtaine d'années, l'apparition de petites saillies dans la région orbitaire inférieure des deux côtés. Ces petites saillies ne se produisent que pendant l'été, et disparaissent complètement à l'automne ; elles persistent pendant toute la saison chaude, plus nombreuses et plus volumineuses lorsque l'été est plus chaud. A la suite d'un exercice un peu intense, ayant amené la transpiration, ou à la suite de fatigues, ces saillies sont plus apparentes que de coutume. L'éruption est constituée par de petites saillies arrondies, ayant l'aspect de grains de plomb enchâssés dans la peau, et dont la coloration grisâtre tranche nettement sur celle des parties voisines. Ces saillies sont très facilement perceptibles au toucher ; elles sont fermes, résistantes. Lorsqu'on cherche à les perforer avec une pointe de bistouri ou une aiguille à scarification, on constate que leur paroi est résistante et l'on en fait sortir, en exerçant une légère pression, une gouttelette de liquide absolument transparent.

Le volume de ces éléments varie de celui d'une petite tête d'épingle à celui d'un gros grain de plomb de chasse. Ils sont exclusivement localisés à la région orbitaire (laquelle est fortement excavée), depuis le bord adhérent de la paupière inférieure jusqu'au pourtour supérieur de l'orbite ; en dedans, il s'en développe quelques-unes sur la portion adjacente de la racine du nez.

Cette éruption n'est le siège d'aucune demangeaison, d'aucune sensation anormale ; le malade ne s'en préoccupe nullement et c'est par hasard que j'en ai constaté l'existence, il y a déjà trois ans.

Depuis lors, je l'ai souvent examinée pendant la saison chaude, et je lui ai toujours trouvé les mêmes caractères ; son mode de disparition en automne n'a pas été observé avec soin, mais le malade affirme n'avoir jamais vu se produire de squames ni de croûtes sur les régions atteintes.

Les autres régions du corps ne présentent aucune trace d'éruption de quelque nature qu'elle soit. M. X..., a seulement remarqué parfois, au commencement de l'été, la desquamation dysidrosique si fréquente des bords latéraux des

doigts. M. X..., transpire abondamment, principalement de l'extrémité céphalique, bien qu'il soit diabétique (diabète reconnu il y a quatre ans, avec polyphagie, mais avec peu d'exagération de la soif et de la quantité d'urine), et il a eu assez souvent, sur le tronc, des éruptions sudorales à forme de roséole. Il est à noter de plus que le visage est habituellement congestionné et que les régions orbitaires présentent quelques varicosités sous-cutanées assez développées.

OBSERVATION IV

(Hallopeau, *Sur un cas de dysidrose du nez*, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1892, pages 728 à 731.

L'affection qui a été décrite en 1873, par Tilbury Fox, sous le nom de dysidrose, siège habituellement aux extrémités. Dans deux cas seulement appartenant le premier à Jackson (1886), le second à Rosenthal (1887), elle a été indiquée comme occupant la face. La malade que nous avons l'honneur de présenter à la société est la première, à notre connaissance, chez laquelle l'éruption est limitée au nez; elle y coïncide avec des troubles de la sécrétion sudorale qui nous paraissent avoir une importance capitale au point de vue de sa pathogénie.

La nommée M..., âgée de 37 ans, fait remonter à son enfance l'affection dont elle est atteinte. Elle se manifeste chaque fois que la malade se trouve exposée à la chaleur; pendant l'été les vésicules se reproduisent tous les deux ou trois jours; elles sont plus abondantes et plus développées aux époques menstruelles; les émotions ont également sur elle une influence marquée.

L'éruption est constamment limitée au lobule, aux ailes et au dos du nez; elle est constituée par des vésicules permanentes dont le volume varie d'un grain de millet à celui d'un petit pois; elles sont discrètes ou disposées en groupes

irrégulièrement circulaires ; les veines de la région atteinte sont dilatées, mais il n'y a pas, au moment de notre examen, bien que l'éruption soit en pleine activité, de rougeur appréciable des téguments ; l'éruption s'accompagne de sensations pénibles, de tension et de cuisson, mais non de prurit. Concurrément avec les vésicules, on voit poindre, dans les parties qu'elles occupent, et nullement ailleurs, des gouttelettes de sueur : la malade a remarqué qu'il en est constamment ainsi, et elle nous fait constater que, chez son enfant, âgé de deux ans et demi, il se produit également une sudation limitée aux ailes du nez. Il y a donc là une prédisposition héréditaire ; ce fait est en rapport avec des observations personnelles dans lesquelles nous avons vu la dysidrose se produire chez plusieurs membres d'une même famille, dans les mêmes régions.

La malade assure que chez elle les vésicules ne se rompent jamais spontanément. Elles se dessèchent et laissent à leur suite une macule jaunâtre qui disparaît au bout de quelques jours.

Le diagnostic dans ce cas ne peut être l'objet d'un doute : la persistance des vésicules, leur dessèchement sans ouverture préalable, l'absence de croûtes, la coloration normale des parties voisines, et le défaut de prurit montrent clairement qu'il ne s'agit pas d'eczéma. Il y a là un type clinique nettement différencié.

Conformément à la théorie de Tilbury Fox, qui rattache cette maladie à des troubles de la sécrétion sudorale, ces troubles existent de la façon la plus manifeste, et leur limitation bien circonscrite à la région où se localise l'éruption, conduit à établir entre ces deux ordres de phénomènes une relation de cause à effet.

OBSERVATION V

(Jamieson, *Dysidrosis of the face with unilateral hyperidrosis, the lesions bearing a close external resemblance to epithelioma adenoid cysticum*, in *British journal of Dermatology*, may 1893, page 134).

La malade est une femme de 45 ans, entrée le 4 juin 1892 à Royal Infirmary. C'est une femme mince, mais cependant assez robuste. Elle a été mariée à 22 ans, a eu neuf enfants, dont deux sont morts de méningite tuberculeuse et deux de la rougeole. Elle transpire librement et facilement du côté droit du corps, et seulement, quand il fait très chaud ou qu'elle est très excitée, à un léger degré, du côté gauche. Quand elle vint à l'infirmerie, de grosses gouttes de sueur coulaient sur le côté droit du front, la joue correspondante et le côté gauche, étant absolument secs. L'aisselle droite devient souvent moite et mouille les vêtements, ce qui ne se produit pas du côté gauche. Elle pense que l'éruption pour laquelle elle vient consulter existe depuis plus de deux ans et demi, mais elle était alors limitée à la portion malaire de la joue droite, et ne s'étendait pas au nez. La peau de la face est mince, pâle et délicate, les orifices folliculaires ne sont pas saillants, il n'y a pas de comédons, ni d'acné. L'éruption consiste en vésicules claires, brillantes, qui ont environ la dimension de la moitié d'un petit grain de plomb, sont situées superficiellement dans la peau, quelques-unes ont une teinte bleu-noirâtre à leur centre. Elles n'ont pas d'auréole, mais s'élèvent directement de la peau, sont rondes, et ne présentent ni taches blanches ni grains de milium dans leurs parois. Une seule, la plus ancienne, située à la partie externe de l'œil, a la dimension d'un petit pois et sa surface est parcourue par des capillaires sinueux et dilatés. Après avoir nettoyé la peau avec de l'éther, on en ponctionna deux et le liquide fut recueilli dans un tube à vaccin neuf. On trouva

qu'il était neutre et contenait un certain nombre de cellules blanches semblables à des leucocytes, et quelques corpuscules sanguins rouges. La distribution des lésions est limitée au nez des deux côtés, à la joue, au front et à la tempe du côté droit. Il n'y a pas de sensations subjectives.

La malade dit que les vésicules ne disparaissent complètement que pendant l'hiver, et deviennent de plus en plus nombreuses à mesure que l'été approche; aucune ne se rompt, elles sèchent, desquament et laissent de petites marques ou taches qui montrent la place où elles existaient.

A la suite de l'emploi d'une poudre à l'acide salicylique, à l'amidon et au talc, les plus grosses vésicules diminuèrent de volume et finalement disparurent; les autres devinrent plus petites et moins apparentes. Mais avec l'apparition de jours plus chauds, et moins de régularité dans l'emploi de la poudre, l'hyperidrose se reproduisit et les vésicules redevinrent aussi nombreuses qu'auparavant. La malade a remarqué que les vésicules deviennent plus tendues et plus pleines quand elle transpire beaucoup.

On la vit pour la dernière fois le 30 décembre. L'hiver était très froid, depuis quelque temps, et elle transpirait peu. Il n'y avait plus qu'un petit nombre de vésicules perceptibles; quatre cependant étaient distinctes, et sous chacune d'elles on pouvait trouver dans le tissu sous-cutané, sur lequel la peau se déplaçait librement avec la vésicule, un nodule cartilagineux dur et aigu, sans connexions apparentes avec la vésicule située au-dessus. Quand le tégument était tendu, ces quatre points restaient visibles, mais les autres éléments disparaissaient complètement...

L'auteur pratiqua une biopsie. Il donne le résultat de l'examen histologique, et termine en rapprochant son cas de celui de Jackson.

OBSERVATION VI

(James Adam, *Lymphangioma circumscriptum*, in *British medical journal*, 2 déc. 1893, page 1212).

M^{me} V....., âgée de 60 ans, a eu treize enfants, dont sept sont encore vivants. Elle a toujours été bien portante jusque récemment, et il n'y a dans sa famille aucun antécédent au point de vue cutané. Récemment, elle a présenté les symptômes d'un rétrécissement aortique, avec dilatation marquée et hypertrophie du ventricule gauche. Il y a trois mois, les pieds et les malléoles ont commencé à enfler; il y a eu de l'albuminurie prononcée... Il y a trois ans le corps thyroïde, principalement son lobe droit, a augmenté tout à coup de volume et est devenu douloureux.....

L'éruption est limitée à la face. Elle consiste en éléments ronds et durs, semblables à des grains de sagou cuits, implantés sur l'épiderme, qui semble un peu épaissi. Ils sont pour la plupart isolés, mais quelques-uns sont devenus coalescents de manière à former de petits groupes. Ils varient de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois cassé. Ils sont plus larges entre les paupières, sur le nez et vers les sillons naso-labiaux. Les plus petits occupent le front, les tempes, le menton; on a quelque peine à les découvrir. Ils sont transparents et ressemblent, au point de vue de la coloration, à des grains de sagou cuits. Ils ne se modifient pas sensiblement par la pression, mais sont si durs qu'on est surpris de la petite quantité de liquide qui en sort par la pression. Ce liquide est semblable à de l'eau claire, mais est immédiatement teinté par le sang qui remplit la vésicule. Au microscope on trouve, dans ce liquide, un certain nombre de cellules crénelées. Entre les vésicules et souvent au-dessus d'elles la peau renferme des capillaires injectés. La malade a noté la présence des vésicules il y a deux

étés; elles se sont depuis transformées en groupes. Elles sont plus petites, dit-elle, le matin, et disparaissent en hiver. Pendant la dernière saison chaude, elles ont été plus grosses qu'elles ne l'avaient jamais été. Elles deviennent plus petites quand la chaleur diminue, quoique l'on doive noter qu'à ce moment l'œdème a disparu et l'albuminurie diminué. Évidemment les anciennes vésicules se vident et se remplissent tour à tour.

Ce cas est intéressant surtout pour les raisons suivantes : 1° la malade semble être la plus âgée de celles chez lesquelles on a observé cette affection; 2° il est peu vraisemblable qu'elle soit congénitale, et elle n'est pas en rapport avec une fièvre ou une inflammation précédente; 3° il y a une affection cardiaque concomitante ¹.

OBSERVATION VII

(L. Brocq, Note, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, février 1894, page 113.)

Après avoir décrit, en quelques mots, les lésions, l'auteur ajoute : Je les ai observées en grand nombre chez un homme de soixante-cinq ans, qui avait été longtemps atteint d'eczéma rebelle de la face, et qui faisait depuis plusieurs années un usage constant, sur la figure, d'une pommade à l'oxyde de zinc résorcinée. Les éléments d'hydrocystome occupaient, chez lui, la partie inférieure du front, les paupières, le nez, les régions voisines des joues; ils étaient fort nombreux. Ils n'avaient que peu ou point de tendance à disparaître spontanément. On ne pouvait évidemment pas les assimiler à de la dysidrose.

¹ Pour la discussion de ce cas voy. Radcliffe Crocker, *Hidrocystoma or lymphangioma circumscriptum*, in *British journal of dermatology*, février 1894, page 56.

OBSERVATIONS VIII

(Jonathan Hutchinson, *Cases illustrating the neurotic origin of hydrocystoma*, in *British journal of Dermatology*, may 1895, page 137.)

La malade, qui est fossoyeuse, est âgée de soixante-quatre ans. Elle est vigoureuse, d'une bonne santé apparente. Elle s'est mariée à l'âge de vingt-trois ans et a eu plusieurs enfants. Elle avait, à l'époque de son mariage, d'horribles douleurs de tête, si intenses qu'elle restait parfois pendant toute une nuit sans sommeil et pouvait à peine poser sa tête sur l'oreiller. Elles duraient souvent vingt-quatre heures et étaient presque toujours plus prononcées du côté droit. Ces douleurs de tête ont beaucoup diminué de fréquence à mesure qu'elle avançait en âge, mais sont toujours très intenses lorsqu'elles se produisent. Dans ces dernières années sa principale gêne a consisté en une sorte de névralgie de la langue, névralgie presque constante et qui est beaucoup plus forte du côté droit. Elle a commencé par une perte complète du goût dans les deux côtés de la langue, abolition qui a disparu au bout d'environ six mois. Actuellement l'irritation de la langue est presque constante et produit souvent de l'insomnie. La malade en est pourtant quelquefois complètement débarrassée pendant quelques jours. Elle parle de petites vésicules qui se forment alors en dedans de ses lèvres (probablement de l'herpès). Elle a un pouls fort, plutôt dur, et nous apprend que sa mère était goutteuse, avec tophi, et rhumatisante. Elle-même a souffert parfois de douleurs dans le gros orteil, et sa sœur aînée a eu sept fois de la fièvre rhumatismale.

Cette malade nous a été amenée comme un exemple intéressant de transpiration unilatérale, et au moment où nous l'avons observée, nous avons constaté une transpiration facile sur le côté droit de la tête et à peine sensible sur le côté gauche. M. Segueira a examiné ce curieux phénomène à

plusieurs reprises et s'est pleinement convaincu de sa réalité. La malade elle-même l'a remarqué depuis longtemps. Nous ne croyons pas cependant qu'il y ait une absence absolue de transpiration du côté gauche.

Cette femme croit que les petits kystes du visage existent depuis à peu près huit ou dix ans. Quoiqu'ils se rencontrent des deux côtés, ils sont beaucoup plus abondants à droite. Leur contenu est acide. Ils ressemblent beaucoup à des grains de sagou, mais qui seraient excessivement tendus. Ils varient de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. Ils sont très abondants à la région des paupières, et particulièrement au-dessus et au-dessous de l'angle interne. Ils ont une disposition très analogue à celle des taches de Xanthelasma, avec cette différence qu'ils sont plus abondants sur la paupière inférieure que sur la supérieure, et à droite qu'à gauche. Ils occupent le sourcil, dans ses deux tiers externes, et la partie adjacente du front des deux côtés. Il n'y en a cependant aucun sur la paupière supérieure elle-même, localisation la plus fréquente du Xanthelasma. On en voit quelques-uns sur la partie inférieure du nez; le reste de la face est à peu près indemne. On voit autour des kystes quelques rares nævi globulaires et des groupes de veinules dilatées.

Dans ce cas, nous ne pensons pas qu'on puisse beaucoup hésiter à admettre que la disposition à l'hémicranie (qui a persisté pendant toute la vie) a eu une influence sur le trouble final portant à la fois sur la nutrition de la peau et sur une de ses fonctions. La prédominance des kystes sudoraux du côté où la douleur se montre principalement et qui, maintenant, présente une transpiration excessive, conduit nettement à cette conclusion. Il en est de même de l'existence de symptômes du côté droit de la bouche et de la langue. Comme il est habituel dans la migraine, la douleur était souvent, mais non invariablement limitée d'un seul côté (le côté droit); quelquefois elle siégeait à gauche. Actuellement les kystes, la transpiration et la douleur sont prédominants à droite, quoique non limités à ce côté. Il est évident que le

nerf de la cinquième paire droite est plus gravement atteint que son congénère.

La malade n'a jamais eu d'ictère, elle n'a pas de Xanthelasma, elle ne présente aucun des caractères du tempérament bilieux. Les migraines semblent être plutôt névralgiques ou, suivant l'expression vulgaire, nerveuses. Il est impossible de ne pas reconnaître l'importance de la topographie des kystes qui sont disposés surtout comme le Xanthelasma, mais avec des différences qui sont probablement dues à des différences de causes. Dans les deux affections, les troubles nerveux, sous forme de paroxysmes, sont un symptôme précurseur fréquent, mais, dans le Xanthelasma, il y a ordinairement un trouble hépatique prononcé, alors que, dans l'autre maladie, il y en a peu ou pas. Il ne faut pas oublier, enfin, les antécédents goutteux de la malade. Sa névralgie linguale ressemble beaucoup à celles que nous avons décrites dans beaucoup de cas de goutte.

OBSERVATION IX

(Alexander Morton. *A case of hidrocystoma, in British journal of Dermatology*, August., 1895, page 245.)

La malade¹, âgée de 36 ans, est atteinte de psoriasis depuis sa jeunesse. Sa santé générale est restée bonne jusqu'à il y a neuf ans et demi, époque à laquelle elle a été atteinte de bronchite et d'asthme pendant plusieurs mois. Avant la guérison de l'état de faiblesse produit par cette maladie, elle commença à souffrir de transpirations unilatérales, affectant le côté gauche du crâne, de la face, du cou et de la poitrine. Vers le même temps apparurent les premières vésicules; la malade est absolument certaine qu'elles commencèrent sur le côté droit du nez et sur la joue droite, près de la paupière; de semblables lésions apparurent ensuite

¹ C'est la fille de la malade d'Adam. (Obs. VI.)

dans le voisinage immédiat, principalement dans l'espace intersourcilier, sur les paupières et sur le côté gauche du nez.

Actuellement, elles sont bien marquées sur la paupière supérieure, sur la racine du nez, et entre les sourcils. Dans cette dernière région elles sont plus larges qu'ailleurs, sont disposées en rangées séparées par les plis naturels de la peau. et arrivent à un contact très étroit. Il y en a aussi un petit nombre sur le côté gauche du nez et de la région naso-labiale. Il y a trois éléments, très petits, indistincts, évidemment de même nature, sur le côté gauche du menton. Sur la joue droite, près du nez, plusieurs éléments de la grosseur d'une tête d'épingle, assez mal limités. La malade dit que c'est ainsi que débutent les lésions. En ce point elles sont d'apparence perlée, semi-transparentes, et la teinte manifestement bleuâtre des lésions plus larges fait défaut. Elles ont aussi une forme plus acuminée que quand elles sont complètement développées. La peau, entre les vésicules, est d'apparence normale; le reste de la face est indemne.

Les lésions, qui font une légère saillie au-dessus de la surface, varient de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, mais ne sont jamais plus larges. Elles sont souvent situées si près les unes des autres qu'elles arrivent à se toucher, mais ne sont jamais confluentes. A l'œil nu, elles paraissent situées superficiellement dans la peau. Suivant les déclarations de la malade, les lésions, quand elles apparaissent pour la première fois, sont d'apparence perlée et semi-transparentes; quand elles deviennent plus larges et atteignent leur maturité, elles sont blanc-bleuâtre et exactement semblables à des grains de sagou cuits; quand elles commencent à disparaître, elles deviennent blanches et opaques, un peu comme des corpuscules de milium. Jamais elles ne se rompent, mais elles se rident et s'écaillent, laissant après elles une légère tache. La durée de chaque élément est d'environ trois à quatre semaines. Quand on les pique, ils donnent issue à une petite quantité de liquide clair, bleuâtre, de réaction acide, et immédiatement

une goutte de sang apparaît à l'orifice de la vésicule affaissée. Le nombre des vésicules varie beaucoup : parfois elles sont rares et disséminées, d'autres fois nombreuses et confluentes. Elles sont plus abondantes en été qu'en hiver et augmentent de dimension et de nombre aux époques menstruelles.

Après une excitation intellectuelle, aussi bien qu'après avoir mangé quelque chose de chaud ou d'épicé, la malade transpire abondamment du côté gauche, pendant quelques heures, et les lésions deviennent plus saillantes, mais pas plus saillantes à gauche qu'à droite. Elle en est absolument certaine, son fils et sa fille confirment sa déclaration. Les vésicules sont actuellement plus nombreuses à gauche, mais sont quelquefois plus apparentes à droite ; la première fois que je la vis, j'ai noté surtout ce fait que le côté droit de la face était plus atteint que le gauche, bien que la transpiration fût localisée à gauche.

La malade est absolument sûre également que les lésions ne se sont pas aggravées par une exposition à une atmosphère lourde, humide, comme en lavant et en faisant la cuisine. Il n'y a eu aucun symptôme subjectif, sauf dans ces derniers temps où elle a eu beaucoup de démangeaisons pendant une semaine. La malade a une tache de la dimension d'un pois sec, de coloration brunâtre, sur la racine du nez.

Il est intéressant à signaler que cette femme n'a jamais souffert de maux de tête comme celle de Hutchinson, chez laquelle, à son avis, « la prédisposition pendant une longue vie à la migraine, a quelque relation avec les troubles portant à la fois sur la fonction et la nutrition de la peau. » La mère de la malade n'a eu non plus aucune prédisposition aux maux de tête.

Le fait que la mère et la fille ont souffert de cette affection de la peau du visage, semblerait indiquer que, entre les causes signalées par Hutchinson et Adam, l'hérédité joue quelque rôle dans son développement.

Le fait que les lésions ne prédominent pas toujours du côté où la malade transpire est aussi digne d'être noté.

OBSERVATION X

(Jarisch, *Ein Fall von Dysidrosis*. Présentation au 5^e Congrès de la Société de Dermatologie allemande à Gratz, 25 septembre 1895).

La malade, âgée de 58 ans, souffre, depuis environ vingt-huit ans, d'une affection particulière du visage, dont les atteintes, intermittentes, surviennent lorsqu'elle fait sa lessive, et sont plus fortes en été qu'en hiver. Il n'est pas rare non plus qu'indépendamment des causes externes, il y ait des apparitions spontanées qui s'annoncent régulièrement par des troubles nerveux particuliers, tels que cryesthésie au front, perte de connaissance, augmentation de la sueur.

La malade ayant, dans ces derniers jours, fait de nouveau sa lessive, présente au front, au visage et aux oreilles, un grand nombre de vésicules, de la grosseur d'une pointe d'épingle à un grain de chènevis, d'un bleu transparent particulier qui ne présentent aucune aréole inflammatoire, qui ne semblent pas avoir été grattées, et n'offrent pas de croûtes.

Quand on perce ces vésicules, il en sort un liquide tout à fait clair, visqueux, ne se déroulant point en écheveaux, d'une réaction acidè, et les efflorescences disparaissent. D'après les dires de la malade, les manifestations de cette dermatose sont toujours semblables. Ces efflorescences une fois formées durent quelques jours et disparaissent alors sans s'écailler et sans laisser de traces.

L'examen microscopique montre, comme on peut le voir par les préparations présentées, l'existence de kystes situés dans la partie profonde de la peau, s'étendant vers le tissu sous-cutané et en rapport avec les conduits des glandes sudoripares dilatés eux-mêmes partiellement en forme de kystes ; leur paroi est formée d'épithélium plat et d'une membrane propre le plus souvent distincte. Il est à remarquer que, sur les quatre cent soixante-dix préparations de deux kystes qui

ont été obtenues, ni à la partie supérieure de ces kystes, ni dans la peau qui les surmonte, ni dans l'intérieur de l'épiderme, on puisse découvrir de canal sudorifère. Quand bien même cette circonstance serait capable d'élucider le mode de formation de l'hydrociste, sa pathogénie se heurte à de sérieuses difficultés. En constatant l'existence d'une dégénération colloïde dans les couches superficielles de la peau, on penserait que la partie supérieure du conduit excréteur de la glande sudoripare a pu être intéressée par cette dégénération colloïde et s'oblitérer. Mais dans un cas de miliaire colloïde, dans lequel la dégénération colloïde de la partie superficielle de la peau était beaucoup plus marquée que dans notre cas, les conduits sudoripares se montraient tout à fait distincts au milieu des masses colloïdes. La petite quantité de substance soumise à l'examen n'a pas permis de mettre en lumière la cause certaine de la formation du kyste. Ce cas est tout à fait analogue à la description que Rosenthal a donnée sous le nom de dysidrose chronique de la face, et à la maladie décrite par Robinson sous le nom d'hydrocystome.

OBSERVATION XI

(G. Thibierge, *De l'hydrocystome*, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1895, page 981).

M^{me} Ezamb..., 29 ans, vient me consulter le 20 septembre 1893, à l'hôpital Saint-Louis ¹.

L'affection dont elle est atteinte a débuté il y a deux ans et demi à la suite d'une peur ; la malade, alors enceinte de cinq mois et demi, a vu apparaître sur la face de petites saillies bleuâtres, qui ont persisté depuis lors, s'exagérant beaucoup pendant la saison chaude ; ces lésions disparaissent par

¹ Le visage a été moulé. Cette pièce, due à M. Baretta, est inscrite sous le n° 1743 du catalogue du musée de l'hôpital Saint-Louis. Elle nous a paru reproduire imparfaitement les lésions.

résorption pure et simple et ne se sont jamais rompues spontanément.

La malade transpire abondamment d'une façon habituelle ; elle travaille dans son ménage et lave une fois par semaine dans un lavoir.

Actuellement on constate sur le visage des saillies hémisphériques, de coloration bleu-violacé, résistantes, enchâssées dans le derme, donnant par la piqûre issue à un liquide incolore. Ces saillies occupent les paupières, surtout les inférieures, la région adjacente des joues ; quelques-unes sont situées sur le front.

On constate en outre, sur la partie la plus saillante de la pommette droite, une petite tumeur, de dimensions un peu inférieures à celles d'une lentille, de coloration jaunâtre, avec quelques vaisseaux dilatés à la périphérie. Cette tumeur a augmenté de volume depuis quelques semaines ; elle s'est développée sur un *nœvus*. Cette tumeur est extirpée et l'examen histologique fait par M. Darier.

Cette observation est intéressante par le développement des tumeurs d'hydrocystome au niveau d'un *nœvus* dont elles déterminaient l'augmentation de volume et simulaient la transformation néoplasique.

OBSERVATIONS XII

(G. Thibierge, *De l'hydrocystome*, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1895, page 979). — Observation complétée par nous en juillet 1896.

M^{me} Hei..., âgée de 70 ans, vient me consulter le 23 mai 1895 à la polyclinique de l'hospice Debrousse.

Cette femme n'a jamais eu d'autre maladie que des douleurs articulaires qui se répètent depuis deux ans, des fièvres intermittentes qui ont persisté pendant dix-huit mois en Afrique, et des migraines qui, après avoir duré pendant plusieurs années, ont cessé depuis huit ans.

L'affection cutanée pour laquelle elle vient me consulter s'est montrée pour la première fois l'an dernier : vers la même époque que cette année, c'est-à-dire au commencement des chaleurs, la malade a été prise de démangeaisons et il est survenu sur la face des boutons dont un certain nombre ont atteint la dimension d'un pois environ ; ces boutons renfermaient du liquide et, au dire de la malade ceux qu'elle a percés avec une aiguille ont donné pendant une quinzaine de jours un écoulement de liquide blanchâtre et purulent, tandis que ceux qui n'ont pas été percés se sont simplement affaissés sans se rompre.

Les démangeaisons ont persisté jusqu'au mois d'août et ont disparu avec les chaleurs. Pendant l'hiver, il ne restait plus aucune trace de l'affection cutanée. Pendant cette première poussée, de même que pendant la poussée actuelle, les mains ont été constamment indemnes.

La malade a toujours transpiré abondamment des deux côtés du corps.

Il y a quinze jours, elle a été reprise de démangeaisons assez vives, à la face, et il s'y est développé de petits boutons.

Actuellement, on voit sur la face un certain nombre de saillies, de coloration rose, qui, au premier abord, rappellent l'aspect de l'urticaire ou de l'eczéma papuleux à marche aiguë. Cette ressemblance est surtout accusée sur les joues. A ce niveau, on constate, à un examen attentif, que ces saillies rouges se décomposent en un grand nombre de petits éléments, d'apparence vésiculeuse, dont la plupart sont rares et saillants, tandis que quelques-uns sont acuminés à leur partie centrale et présentent une coloration bleu-violacé ; la piqûre de ces divers éléments donne issue à une gouttelette de liquide clair. Sur le front et sur le nez, on voit un assez grand nombre de saillies aplaties, presque confluentes sur le nez, blanches, ressemblant à de l'urticaire papuleuse à petits éléments, et au milieu desquelles on ne voit pas nettement d'éléments bleuâtres ; là encore la piqûre fait sortir du liquide absolument clair.

Sur la plus grande partie du nez, la peau est mamelonnée et présente l'aspect de la peau d'orange, produit par un soulèvement irrégulier, renfermant également du liquide clair, mais ne présentant pas l'apparence de vésicules isolées. On voit nettement sur le nez les orifices sébacés assez larges. A la racine du nez, de chaque côté, se voient plusieurs éléments présentant une coloration bleu-violacé, durs, résistants, enchâssés dans le derme, ayant l'apparence absolument caractéristique des lésions de la première observation, et donnant par la piqûre un liquide d'aspect identique à celui qui sort des lésions précédentes.

Sur les paupières inférieures, on voit un certain nombre de petits éléments analogues à ces derniers. En outre, sur la paupière inférieure droite, on voit quelques petits grains blancs, ressemblant à la fois à des grains de milium et aux petits adénomes sébacés si fréquents dans cette région, mais plus encore à ces derniers, en raison de la forme plate de leur surface, de leur coloration légèrement jaunâtre et de l'impossibilité de les énucléer avec une épingle. Pas de Xanthélasma.

8 juin. Les lésions de la face sont un peu plus apparentes. Sur les joues en particulier, elles sont plus volumineuses et ont pris plus nettement le caractère vésiculeux avec coloration bleu-violacé de la partie centrale. Sur le nez, elles conservent toujours le même aspect de soulèvement à contour moins accusé, et ne rappelant que vaguement l'apparence vésiculeuse du reste de la face.

La malade déclare avoir eu sur le dos des mains des lésions analogues à celles du visage ; on ne trouve actuellement que quelques croûtelles brunâtres. Rien sur les doigts. (Un granule d'atropine de un quart de milligramme par jour.)

12 juin. Il semble y avoir une amélioration assez nette, beaucoup de kystes sont moins apparents. Encore quelques démangeaisons sur les ailes du nez.

12 novembre. Les démangeaisons ont persisté sur le visage pendant les grandes chaleurs et ont disparu avec elles. Les lésions cutanées ont été moins accusées cette année que

l'année dernière ; elles sont en voie de diminution depuis que la température s'est abaissée.

Actuellement, on voit encore un grand nombre d'éléments disséminés sur les diverses régions du visage, y compris le menton et les lèvres ; ils sont plus nombreux, sur les joues, principalement au pourtour des yeux et sur le nez.

Sur le dos du nez, ces éléments sont nombreux, confluents par places et rappellent l'aspect de la peau d'orange, mais sans rougeur, comme pendant la saison chaude ; aucun d'eux, non plus, ne présente la coloration bleu-violacé qu'on voit sur quelques éléments dans les autres régions de la face ; par la pression un peu forte, on fait sourdre un liquide incolore semblable au contenu des kystes, par les dépressions de la surface cutanée, qui semblent représenter des orifices dilatés de glandes sébacées.

A la racine du nez, il existe d'assez nombreux kystes saillants, hémisphériques, dont quelques-uns ont une coloration violacée ; les plus volumineux sont placés sur les parties latérales de la racine du nez.

Sur les joues, les kystes sont assez nombreux, mais tous isolés les uns des autres, quelques-uns de coloration bleu-violacé.

Note personnelle (7 juillet 1896).

La malade a des douleurs rhumatismales localisées dans les articulations scapulo-humérale droite et fémoro-tibiale gauche. L'éruption est aussi marquée, nous dit-elle, que l'an passé. Les jours précédents, les lésions n'étaient pas beaucoup accusées, car la température n'avait pas été trop élevée, mais depuis les dernières chaleurs, les kystes sudoraux ont apparu en grand nombre, et la malade nous fait voir une foule de points, où il n'y avait rien peu auparavant, et qui sont aujourd'hui criblés d'une multitude de petits éléments. En même temps, quoiqu'elle soit assise et fasse peu de mouvements, la transpiration est des plus abondantes, le visage ruisselle positivement. Il nous semble, au premier abord,

que l'hypéridrose est plus accusée à gauche, où d'ailleurs le nombre des nouveaux éléments est plus considérable qu'à droite, mais nous nous apercevons bientôt qu'il n'en est rien, et la malade déclare n'avoir jamais observé cette particularité; la transpiration est générale. Les lésions sont chez elle très nombreuses; elles sont en plus grand nombre que chez la malade de l'observation XIII, mais moins limitées, plus disséminées, quoique cependant plus confluentes à la région orbitaire et à la racine du nez, qui se trouve tellement couverte d'éléments, qu'elle a positivement l'aspect de la peau d'orange; à l'angle externe de l'œil droit, sur la joue gauche, nombreux kystes; il s'en trouve aussi un petit nombre disséminés sur la région massétérine, le menton et la lèvre inférieure. Presque tous ces kystes sont plus petits, plus transparents et moins colorés en violet que chez la malade de l'observation XIII. Sur la joue gauche, les vésicules en voie de développement sont nombreuses, et cette partie de la face présente l'aspect ortié à un examen superficiel. La sensation de cuisson est très vive, la malade se gratte, mais sans pouvoir excorier les kystes entourés, lorsque nous les voyons, par une large aréole rouge, due à l'irritation mécanique et à des applications de pommade camphrée. C'est le seul traitement essayé par la malade.

OBSERVATION XIII

(G. Thibierge, *De l'hydrocystome*, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1895, page 978.) — Observation complétée par nous en juin 1896.

M^{me} L'Her..., âgée de 59 ans, ancienne commerçante en denrées et en vins, entrée le 23 avril 1894 à l'hospice Debrousse.

Les antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt; la malade ne connaît dans sa famille aucun cas de maladie de

la peau; ni ses parents ni ses enfants n'ont été atteints de la même affection cutanée qu'elle. Elle-même n'a eu d'autres maladies sérieuses qu'une sciatique vers l'âge de 30 ans, et un rhumatisme articulaire à 42 ans. A eu trois enfants. Ménopause à 51 ans. La malade n'éprouve d'autres troubles qu'un certain degré de dyspnée, dû à l'emphysème pulmonaire, et quelques troubles dyspeptiques à l'occasion desquels elle vient me consulter au mois de décembre dernier. Elle est et se reconnaît un peu nerveuse; mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs ni de migraines. Elle est d'une forte corpulence et porte des pseudo-lipômes dans les creux sus-claviculaires.

L'affection cutanée dont elle est atteinte, et sur laquelle je dus appeler son attention, car elle ne songeait pas à s'en plaindre, a débuté vers l'âge de 30 ans, sous la forme de petits grains saillants, occupant le front, des deux côtés, et la paupière du côté gauche; la paupière inférieure du côté droit n'a été atteinte que sept ou huit ans plus tard.

Depuis cette époque, les lésions n'ont jamais disparu complètement : elles deviennent plus apparentes en été, vers le mois de mai ou de juin, puis diminuent vers le mois de septembre. La malade ne se rappelle pas si ces lésions se modifiaient au moment des époques menstruelles; les bouffées de chaleur qui se sont produites pendant deux ou trois ans à la suite de la ménopause, ne semblent pas les avoir exagérées.

Ces lésions s'accompagnent de démangeaisons assez violentes au moment où elles se développent; elles sont indolentes une fois développées; mais depuis quelques mois, elles sont un peu douloureuses lorsque la malade se gratte. Les lésions ont toujours été exclusivement limitées à la fois : les mains sont toujours indemnes de toute lésion pouvant être comparée à la dyshidrose; jamais il n'y a eu la moindre éruption sur le reste du corps.

La malade transpire abondamment de toutes les régions du corps, et également des deux côtés; les transpirations ont toujours été aussi abondantes, quoiqu'elle ait toujours fait fort peu d'exercice.

Lorsque je vis la malade, au mois de juin dernier, je constatai les lésions suivantes :

Sur les paupières inférieures, et en nombre au moins deux fois plus considérable à gauche qu'à droite, nombreuses petites tumeurs, de la dimension d'une petite tête d'épingle à celle d'un gros grain de plomb ; ces tumeurs forment pour la plupart au-dessus du niveau de la peau une saillie très appréciable, hémisphérique ; d'autres sont peu ou pas saillantes et ne s'aperçoivent qu'à un examen attentif ou ne se constatent qu'à la palpation. Elles ont une coloration grise légèrement violacée, plus prononcée au centre qu'à la périphérie, plus nette sur les tumeurs volumineuses que sur celles de petites dimensions. Ces tumeurs, enchâssées dans la peau, sont dures, tendues ; la piqure en fait sortir une gouttelette d'un liquide clair comme de l'eau de roche.

Sur la partie mobile de la paupière supérieure, deux ou trois tumeurs semblables de chaque côté ; sur la partie adhérente de cette paupière, au voisinage immédiat du sourcil, quelques tumeurs ne se traduisant pas par une modification de la couleur de la peau ; au voisinage de l'angle interne un certain nombre de tumeurs relativement assez volumineuses, plus nombreuses à gauche qu'à droite.

Sur la moitié supérieure du dos du nez et, en moins grand nombre sur les parties latérales, tumeurs analogues à celles des paupières, mais un peu moins colorées et moins nombreuses.

Au front, au voisinage de la racine du nez, un certain nombre de petites tumeurs, peu saillantes, dont la coloration ne diffère généralement pas de celle de la peau voisine.

Aucune trace de tumeurs, ni sur les joues, ni sur les lèvres, ni au menton, ni sur la partie supérieure du front. Aucune lésion du cuir chevelu, sauf quelques croûtes, sans grand caractère, qui sont peut-être de l'acné nécrotique fruste. Aucune trace d'acné de la face ; le teint est pâle sans varicosités. Les petites tumeurs ne reposent pas sur une base vascularisée.

Il n'y a aucune cicatrice pouvant être mise sur le compte

de l'évolution des tumeurs précédemment décrites, lesquelles disparaissent sans donner lieu à la formation de croûtes.

Aujourd'hui 14 novembre, les lésions ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'elles étaient en juin; elles sont un peu moins saillantes, mais leur nombre ne semble pas avoir diminué.

La malade assure qu'à pareille époque, les autres années, elles n'étaient jamais aussi développées et que d'ailleurs, cette année, elles ont été beaucoup plus apparentes qu'à l'ordinaire. Elles sont certainement plus manifestes actuellement que je ne les avais vues au mois de décembre et au mois d'avril dernier.

Note personnelle (juin et juillet 1895)

Nous trouvons actuellement aux lésions, à fort peu de chose près, la topographie si minutieusement et si exactement décrite avant notre examen. La malade déclare que, au point de vue du volume des lésions, l'affection est beaucoup moins marquée cette année que les années précédentes, leur nombre lui paraît approximativement le même. Elle attribue ce fait à la température moins élevée dont nous jouissons jusqu'à présent, mais elle ne met pas en doute ce fait que, si la chaleur devient plus forte, la maladie reprendra l'aspect qu'elle avait les autres années. Elle n'a pourtant pas remarqué que l'hyperidrose soit moindre actuellement que l'été dernier; elle apparaît au plus petit exercice, et date de la jeunesse. Les lésions, quoique moins accusées, ont à peu près l'aspect des années précédentes. Toutefois, sur le dos du nez et à droite, près de l'angle interne de l'œil, on remarque une vésicule transparente, assez grosse, du volume d'un demi-pois. Cette vésicule semble nettement formée par la confluence de deux vésicules plus petites, et même d'inégal volume, la partie supérieure de l'élément total étant plus grosse, plus élargie que l'inférieure (par rapport au plan vertical, la malade étant supposée debout). La malade affirme que c'est la première fois qu'elle a observé une aussi grosse

vésicule ; il y a plusieurs semaines qu'elle est apparue ; elle a toujours conservé son aspect clair primitif, et ne semble pas disposée à se rompre spontanément. La malade n'a jamais percé aucune de ces vésicules. Elle laisse évoluer sa dermatose, qui ne lui cause pas d'autre gêne que des démangeaisons, quelquefois un peu vives, au moment des chaleurs ou des transpirations abondantes. Elle tiendrait toutefois beaucoup à s'en débarrasser, à cause de son siège au visage ; et lors de notre premier examen, elle n'a pas manqué de nous demander un traitement. Jusqu'à présent les seuls moyens palliatifs ou curatifs essayés par elle consistent surtout en applications de pommade à l'oxyde de zinc ; M. le Dr Thibierge, n'ayant pas eu le loisir d'entreprendre un traitement suivi, ne lui avait jamais rien conseillé.

OBSERVATION XIV.

Personnelle.

L'observation suivante est très intéressante à signaler car, dans ce cas, les lésions au lieu d'être disséminées sur certaines régions de la face, étaient confluentes et disposées de manière à constituer une véritable tumeur sur la nature de laquelle le diagnostic pouvait hésiter.

En décembre 1895, une dame X..., âgée de 45 ans, s'est présentée à la consultation externe de l'Hôpital Saint-Louis. Elle y était envoyée de l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur Panas, pour une tumeur qu'elle portait au niveau de l'angle interne de l'œil gauche et qui durait déjà depuis plusieurs années. M. le Dr Darier, qui examina la malade, fit le diagnostic d'hydrocystome.

Dans ce cas l'affection différait du type que nous avons maintes fois rencontré dans les observations précédentes. Les kystes étaient confluentes et formaient un groupe nettement limité, d'un diamètre un peu supérieur à celui d'une pièce de un franc, siégeant au niveau de l'angle interne de l'œil gauche.

Cette limitation des lésions n'est pas exceptionnelle ; signalée par plusieurs auteurs, elle se trouve dans le cas de M. Hallopeau. (Obs. IV.) Chaque élément, pris en particulier, était constitué par une vésicule blanchâtre ou grisâtre, transparente, pleine de liquide ; le volume des vésicules variait depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Une de ces vésicules fut ponctionnée et il s'en échappa un peu de liquide clair. Il n'existait pas d'autre maladie cutanée antérieure ou actuelle. L'état de la fonction sudorale n'a pas été noté, car la malade, venue simplement en consultation, n'a pu être suivie.

Ce qui nous paraît le plus intéressant à signaler, dans cette observation, c'est la possibilité d'une erreur de diagnostic. En effet la dermatose se présentait absolument avec l'aspect d'un épithélioma perlé, à grosses perles. On pouvait également songer à l'adénome sébacé localisé à la face, et à la lymphangiectasie.

Dans l'adénome sébacé le contenu des vésicules est une petite masse concrète.

Dans la lymphangiectasie, si l'on perce la tumeur, le liquide s'écoule pendant un certain temps.

Dans l'épithéliome perlé, le centre de la plaque, de forme ovale, est recouvert de squames brunes, noirâtres, cachant un derme rouge, friable, qui saigne facilement.

BIBLIOGRAPHIE

1884. A.-R. ROBINSON. - Miliaria and sudamina (American Dermatological Association). In Journal of cutaneous and venereal diseases, décembre 1884, page 362.
1884. A.-R. ROBINSON. — Manuel of Dermatology. (New-York, 1884.)
1886. G.-T. JACKSON. — A case of dysidrosis of the face (sudamina or pompholyx), avec planche chromolithographique. In Journal of cutaneous and venereal diseases, janvier 1886, pages 1 à 50. — (Voy. Bonnet, Contribution à l'étude de la dysidrose. Thèse de Paris, 1889, page 69.)
- JARISCH. — Ein Fall Von Dysidrosis des Gesichts (T. Jakson), in Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1886, page 699.
1887. — O. ROSENTHALL. — Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1887, page 425. — (Voy. Bonnet, Contribution à l'étude de la dysidrose. Thèse de Paris, 1889 page 70).
- FALKEINHEIN. — Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts (Rosenthal), in Arch. für Dermatologie und Syphilis, 1887, page 999.
1889. BONNET. — Contribution à l'étude de la dysidrose. Thèse de Paris, 1889.
1892. HALLOPEAU. — Sur un cas de dysidrose du nez. Communication à la Société française de Dermatologie, in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1892, pages 728 à 731.
1893. HARDAWAY. — Diseases of the skin.
- HYDE. — Sudamen, in A pratical treatise on diseases of the skin. (Philadelphie, 1893, page 105.)
- JAMIESON. — Dysidrosis of the face, with unilateral hyperidrosis. British journal of dermatology. May, 1893, page 134.
- A.-R. ROBINSON. — Hidrocystoma (avec planche chromolithographique). Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. August., 1893, page 293. — (Voy. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1894, page 111.)

1893. — COLCOTT FOX. — Hidrocystoma (by Robinson). British journal of dermatology, décembre 1893, page 382.
- JAMES ADAM. — Lymphangioma circumscriptum. British medical journal, 2 décembre 1893, page 1212.
1894. — RADCLIFFE CROCKER. — Hidrocystoma or lymphangioma circumscriptum. British journal of dermatology, février 1894, page 56.
- L. BROcq. — Hidrocystome (Robinson). In Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1894, page 111.
- L. BROcq. — Hidrocystome (note). In Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1894, page 113.
- ANDERSON. — Sudamina, in A treatise on diseases of the skin (2^e édition, London 1894).
- A. MOROW. — Hidrocystoma, in A. System of genito-urinary diseases, syphilology and dermatology. New York, 1894. tome III, page 780.
- UNNA. — Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, 1894, page 914.
1895. — JONATHAN HUTCHINSON. — Cases illustrating the neurotic origin of hidrocystoma. British journal of Dermatology. May, 1895, page 137. — (Voy. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1896, page 232.)
- JONATHAN HUTCHINSON. — Illustrations of clinical Surgery, tome I, page 145.
- JONATHAN HUTCHINSON. — What are sudamina, in Lectures on clinical Surgery (Certain rare diseases of the skin), tome I, London 1879, page 180.
- J. ADAM. — Hidrocystoma. British journal of Dermatology, juin 1895, page 169.
- ALEXANDER MORTON. — A case of hidrocystoma. British journal of Dermatology, août 1895, page 245. — (Voy. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1896, page 232.)
- GEORGES THIBIERGE. — De l'Hidrocystome. (Communication à la Société française de Dermatologie.) In Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, octobre 1895, pages 978 à 989.
- GEORGES THIBIERGE. — De l'Hidrocystome. (Procès-verbal de la séance du 14 novembre à la Société française de Dermatologie.) In Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, novembre 1895, page 994.

1895. HALLOPEAU. — Hidrocystome et dysidrose. (Séance du 12 décembre, de la Société française de Dermatologie). In Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, décembre 1895, page 1110.
- JARISCH. — Ein Fall von Dysidrosis. In Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft (5^e congrès). Leipzig et Vienne, 1895.
- TURKHEIM. — Hidrocystoma (Robinson). In Monatshefte für praktische Dermatologie, 1895, tome I. page 511.
- MULLER. — Über das Hidrocystoma (Thibierge). In Monatshefte für praktische Dermatologie 1895, tome II, page 636.
- G. THIBIERGE. — Hidrocystome, in Thérapeutique des maladies de la peau. Paris, 1895, tome II, page 115.
1896. LOUIS WICKHAM. — Hidrocystome, par Alex. Morton ; — Hidrocystome, par J. Hutchinson. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1896, pages 232 à 234.
- JARISCH. — Ein fall von Dysidrosis. Arch. für Dermat, und syph., 1896, page 124.
- A. DOYON. — Un cas de dysidrose (Congrès allemand de Dermatologie). Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, mars 1896, page 403.
- H.-G. ADAMSON. — Hidrocystoma (Thibierge). British journal of Dermatology, avril 1896, page 146.

Vu le Président de thèse,

PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE LACHÈSE ET C^o
